

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MARIA APARECIDA BAGGIO

**OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES MÚLTIPLAS DO CUIDADO DE SI, DO
OUTRO E “DO NÓS” SOB A PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE**

FLORIANÓPOLIS

2008

MARIA APARECIDA BAGGIO

**OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES MÚLTIPLAS DO CUIDADO DE SI, DO
OUTRO E “DO NÓS” SOB A PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

FLORIANÓPOLIS

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

B144s Baggio, Maria Aparecida
Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade / Maria Aparecida Baggio. _ Florianópolis, 2008.
173 f.

Dissertação (Mestrado) _ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.
Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte elaborada por Yara Menegatti CRB 14/488.

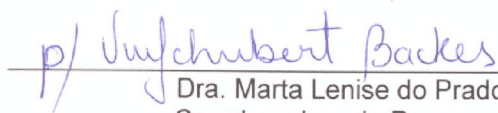
MARIA APARECIDA BAGGIO

OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES MÚLTIPLAS DO CUIDADO DE SI, DO
OUTRO E “DO NÓS” SOB A PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 15 de Dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação
vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

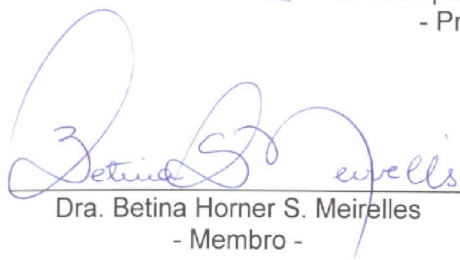


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

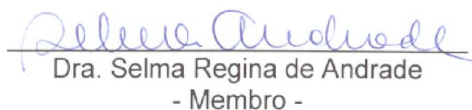
Banca Examinadora:



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
- Presidente -



Dra. Betina Horner S. Meirelles
- Membro -



Dra. Selma Regina de Andrade
- Membro -

Dra. Maria Ribeiro Lacerda
- Suplente -

Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
- Suplente -

AGRADECIMENTOS

Em um período de quase dois anos, muitas pessoas merecem importante apreço em suas particularidades e singularidades, no plural universo de relações estabelecidas e mantidas, nesta jornada. Assim, agradeço:

*Primeiramente a **Deus**, criador da vida e coadjuvante em todas as demais criações, por apontar-me os caminhos e conduzir-me pela fé divina.*

*A meu pai **Segundo Alberto Baggio**, minha mãe **Neli Bonatto Lacortt** e meu irmão **Antônio Marcos Baggio** que, independente da localização geográfica, sempre estiveram presentes em meu pensamento e puderam transmitir conforto, incentivo, segurança, ânimo e fé.*

*Ao meu namorado **André Formighieri Angonese** pelo amor, carinho, paciência, incentivo e apoio incondicional; pelo respeito, confiança e diálogo que permeiam o relacionamento, mesmo a distância, apontando o verdadeiro significado de estar junto.*

*Aos **meus amigos, amigas e colegas gaúchos** pelo apoio, torcida, carinho e amizade sincera, mesmo a distância ofertados.*

*Aos **novos amigos e colegas catarinenses e das mais variadas regiões desse país** pela convivência saudável, amizade, companheirismo e socialização de conhecimentos e experiências.*

*Aos **amigos** de condomínio e às **famílias**, em especial as famílias **Formighieri e Nazário**, que me acolheram como parte também de suas famílias, meu muito obrigado, por confiarem a mim o seu lar, sua família, seu carinho e atenção nos momentos de angústias e também de alegrias. Agradeço também a comidinha caseira.*

*À **Professora Alacoque Lorenzini Erdmann**, orientadora deste trabalho, meu profundo agradecimento por acreditar no meu potencial, por me conduzir nos momentos de incertezas; pelo apoio nas horas difíceis e pelas orientações que ajudaram a iluminar os caminhos obscuros dessa trajetória; pela disponibilidade, carinho, atenção e compreensão dispensados.*

*Ao grupo **GEPADES** pela socialização de experiências e saberes, pelo companheirismo, carinho, amizade e momentos de descontração vividos junto ao grupo. À Anna Carolina R. L. Rodrigues, pelo olhar disponibilizado à dissertação.*

*A todos os **professores/educadores do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFSC**, que contribuíram com a minha formação, meu sincero agradecimento pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos; pela convivência amistosa, agradável e respeitosa.*

*Aos **funcionários e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**, pelo trabalho competente, imperativo para a consolidação do ensino e da pesquisa.*

*Aos **colegas do mestrado e das disciplinas do doutorado** pelo compartilhar as ansiedades, dúvidas, conquistas e alegrias; pelas trocas e construções do saber/fazer.*

*Aos **profissionais da unidade clínico – cirúrgica** pela disponibilidade e disposição em colaborar com o desenvolvimento deste estudo, pelas amizades construídas e firmadas.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq** pelo financiamento do mestrado através da concessão de bolsa de estudos, fundamental para o desenvolvimento deste estudo.*

*À **Banca Examinadora** do projeto de qualificação e da defesa deste estudo de mestrado, pelo aceite em disponibilizar o seu tempo e oferecer contribuições para o aperfeiçoamento do trabalho.*

*Aos **alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC** que compreenderam e se dispuseram às trocas de turnos de aula/estágio, indispensáveis para esta formação.*

Enfim, à todos aqueles cujos nomes não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram seja no âmbito pessoal e ou profissional, minha eterna gratidão.

BAGGIO, Maria Aparecida. **Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade.** 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Linha de Pesquisa: Administração de Enfermagem e Saúde
Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

Resumo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa-interpretativa, cujo objetivo foi compreender as relações de cuidado de si, do outro e “do nós” nas diferentes dimensões de cuidado, através de um processo educativo/reflexivo/interpretativo com profissionais de enfermagem de unidade clínico-cirúrgica de um Hospital Escola, sob a perspectiva da complexidade. Participaram dez profissionais entre auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os dados foram coletados através de cinco oficinas, englobando três momentos cada, com temas previamente selecionados. Os dados foram registrados através de gravação em meio digital, sendo os mesmos, posteriormente, transcritos, conferidos e submetidos ao processo de análise sistemática do conteúdo das falas, juntamente com as anotações de campo. O estudo foi dividido por oficinas que se configuraram em categorias e subcategorias. A primeira oficina **interagindo eu, você, nós** foi momento de apresentações dos profissionais, explicação do objetivo do estudo e da metodologia proposta, esclarecimento de dúvidas, conhecimento das expectativas, obtenção do consentimento livre e esclarecido e a organização do cronograma das oficinas. A segunda oficina **refletindo o significado do cuidado de si do “eu – ser humano” e do “eu – profissional de enfermagem”** é composta pelas categorias: Conflito e dicotomia no discurso do cuidado do “eu – ser humano” e do “eu – profissional”; Profissional de enfermagem como eu – robô; Dimensões do cuidado de si – ser humano/profissional e suas subcategorias: Dimensão de cuidado espiritual; Dimensão de cuidado biológico, físico e estético; Dimensão de cuidado social que relaciona e integra os seres; Dimensão de cuidado do “eu – profissional”; Dimensão de cuidado cognitivo. E, também pelas categorias: O sistema/serviço de saúde na ótica dos profissionais e a implicação para o cuidado de si; Formação e prática em saúde e enfermagem: condicionantes do autocuidado/automedicação; Descuidando de si, sendo cuidado e cuidando do outro. A terceira oficina **refletindo o significado do cuidado do outro para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”** apresenta a categoria: Significando o cuidado do outro, tendo como subcategorias: Cuidado do outro – cliente; Cuidado do outro – colega; Conflitos nas relações com o outro – colega. E as categorias: O cuidado do outro invisível e visível; Invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria. A quarta oficina **refletindo o significado do cuidado “do nós” para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”** possui como categorias: Significando o cuidado “do nós”; Discurso “do nós” designado como responsabilidade coletiva; Decisão coletiva conota poder, autoridade, força; Cuidado “do nós”: encontro e troca a partir da relação com o outro, com o coletivo; Violência

nas atitudes relacionais e coletivas. A quinta oficina **refletindo e (re)construindo os significados das relações do cuidado de si, do outro e “do nós” por meio de dinâmica de grupo** tem a categoria: Cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente. Constata-se que o cuidado do nós, um tema ainda pouco abordado em enfermagem, impele a preocupação com o coletivo e remete à compreensão dos fenômenos múltiplos e inesgotáveis do constante movimento entre os seres e destes com o seu ambiente, que modificam, alteram e fazem alterar as redes de relações existentes.

Palavras-chave: Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Teoria da Complexidade.

BAGGIO, Maria Aparecida. **The meanings of multiple self-care, care for the other, and care “for us” relationships, according to complexity theory.** 2008. 173f. Master's in Nursing Thesis from the Nursing Graduate Program at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2008.

Line of Research: Nursing and Health Care Administration.
Advisor: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

Abstract

The objective of this qualitative-interpretive study was to better understand self-care, care for the other, and care “for us” relationships according to complexity theory. Different dimensions of care were considered through an educational/reflexive/interpretive process with nursing professionals from a clinical-surgical unit in a University Hospital. The sample was composed of ten nursing professionals; nursing assistants, nursing technicians, and nurses. The data was collected through five workshops with previously selected themes, encompassing three meetings each. The data was registered through digital recording, with these recordings later transcribed, confirmed, and submitted to systematic speech content analysis, together with the field notes. The study was divided by workshops that configured into categories and subcategories. The first workshop, **I, you, and us interacting** was the opportunity for the professionals to introduce themselves, explaining the objective and the methodology of the study, clarifying doubts, learning expectations, obtaining free and clarified consent, and the organization of the workshop chronogram. The second workshop, **reflecting upon the meaning of self in the “I – human being” and the “I – nursing professional”** was composed of the following categories: Conflict and dichotomy in speeches of the “I – human being” and the “I – nursing professional”; Nursing professional like me – robot; Dimensions of self-care – human being/ professional, and its subcategories: Spiritual care dimension; Biological care dimension; physical, and aesthetic; Social care dimension, which relates and integrates beings; Care dimension of the “I – professional”; Cognitive care dimension. As well, the following categories emerged: The health care system/service from the professionals' perspective, and the implication for self-care; Formal education and practice in Health Care and Nursing: conditionings of the self-care/self-medication; Not caring for one's self, being cared for and caring for the other. The third workshop, **reflecting upon the meaning of care for the other for the “I – human being” and the “I – nursing professional”** presented the following category: Defining care for the other, with the following subcategories: Caring for the other – client; Caring for the other – colleague; Conflicts in relationships with the other – colleague; as well as the categories: Care of the invisible and visible other; Invisibility of the nursing professional according to her/ his category. The fourth workshop, **reflecting upon the meaning of care “for us” to “I – human being” and to “I – nursing professional”** possessed these categories: Defining care “for us”; Discourse “of ourselves” designated as collective responsibility; Collective decision connotes power, authority, force; Care “of us”: meeting and exchange based upon the relationship with the other, with the collective; Violence in relative and collective attitudes. The fifth workshop **reflecting and (re)constructing the**

meanings of relationship of self-care, of care for the other, and “for us” by means of group dynamic had one category: Ecological/planetary/ collective/ environmental care. It is found that self-care, a theme yet little outlined in Nursing, impels a concern for the collective and remits to comprehension of multiple and unending phenomenon of the constant movement between beings and these with their environment which modify, alter, and force to alter the networks of existing relationships.

Keywords: Nursing; Nursing Team; Nursing Care; Complexity Theory.

BAGGIO, Maria Aparecida. **Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade.** 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Línea de Investigación: Administración de Enfermería y Salud.
Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

Resumen

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo-interpretativo, cuyo objetivo fue comprender las relaciones de cuidado de sí, del otro y “de nosotros” en las diferentes dimensiones de cuidado, a través de un proceso educativo/reflexivo/interpretativo con profesionales de enfermería de unidad clínico-quirúrgica de un Hospital Escuela, sobre la perspectiva de la complejidad. Participaron diez profesionales entre auxiliares y técnicos de enfermería y enfermeros. Los datos fueron obtenidos a través de cinco talleres, englobando tres momentos cada uno, con temas previamente seleccionados. Los datos fueron registrados a través de grabación en medio digital, siendo los mismos, posteriormente, transcritos, verificados y sometidos al proceso de análisis sistemático de contenido de las entrevistas, juntamente con las anotaciones de campo. El estudio fue dividido por talleres que se configuraron en categorías y subcategorías. El primer taller **interactuando yo, usted, nosotros** fue el momento de la presentación de los profesionales, explicación del objetivo del estudio y de la metodología propuesta, esclarecimiento de dudas, conocimiento de las expectativas, obtención del consentimiento informado y la organización del cronograma de los talleres. El segundo taller **reflexionando el significado del cuidado de sí del “yo – ser humano” y del “yo – profesional de enfermería”** es compuesto por las categorías: Conflicto y dicotomía en el discurso del cuidado del “yo – ser humano” y del “yo – profesional”; Profesional de enfermería como yo – robó; Dimensiones del cuidado de sí – ser humano/profesional y sus subcategorías: Dimensión de cuidado espiritual; Dimensión de cuidado biológico, físico y estético; Dimensión de cuidado social que relaciona e integra los seres; Dimensión de cuidado del “yo – profesional”; Dimensión de cuidado cognitivo. Y, también por las categorías: el sistema/servicio de salud en la óptica de los profesionales y la implicación para el cuidado de sí; Formación y práctica en salud y enfermería: condicionantes del autocuidado/automedicación; Descuidando de sí, siendo cuidado y cuidando del otro. El tercer taller **reflexionando el significado del cuidado del otro para el “yo – ser humano” y para el “yo – profesional de enfermería”** presenta la categoría: Significando el cuidado del otro, teniendo como subcategorías: Cuidado del otro – cliente; Cuidado del otro – colega; Conflictos en las relaciones con el otro – colega y las categorías: El cuidado del otro invisible y visible; Invisibilidad del profesional de enfermería conforme su categoría laboral. El cuarto taller **reflexionando el significado del cuidado “de nosotros” para el “yo – ser humano” y para el “yo – profesional de enfermería”** posee como categorías: Significando el cuidado “de nosotros”; Discurso “de nosotros” designado como responsabilidad colectiva; Decisión colectiva connota poder, autoridad, fuerza; Cuidado “de nosotros”:

encuentro e intercambio a partir de la relación con el otro, con el colectivo; Violencia en las actitudes relacionales y colectivas. El quinto taller **reflexionando y (re)construyendo los significados de las relaciones del cuidado de sí, del otro y “de nosotros” por medio de dinámica de grupo** tiene la categoría: Cuidado ecológico/planetario/colectivo/del ambiente. Se constata que el cuidado de nosotros, un tema todavía poco abordado en enfermería, conduce la preocupación con lo colectivo e remite a la comprensión de los fenómenos múltiples e inagotables del constante movimiento entre los seres y estos con su ambiente, que modifican, alteran y hacen las redes de relaciones existentes.

Palabras clave: Enfermería; Grupo de Enfermería; Atención de Enfermería; Teoría de la Complejidad.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 CUIDADO E SER HUMANO: RELAÇÃO VITAL PARA A VIDA HUMANA.....	19
2.2 O CUIDADO DE SI, DO OUTRO E A EMERGÊNCIA DO CUIDADO “DO NÓS”.....	20
2.3 ENFERMAGEM E A RELAÇÃO COM O TRABALHO.....	22
2.4 RELAÇÕES DE CUIDADO NO AMBIENTE DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO.....	30
3.2 A IDENTIDADE HUMANA DE UM SER COMPLEXO.....	32
3.3 OS SISTEMAS COMPLEXOS.....	35
3.4 A DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA DO SER HUMANO.....	36
3.5 PERSPECTIVA HOLOGRAMÁTICA DA VIDA HUMANA.....	38
3.6 DIMENSÃO EDUCATIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO.....	40
4 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS.....	41
4.1 RELAÇÕES DE CUIDADO DE SI, DO OUTRO, “DO NÓS”.....	41
4.2 CUIDADO DE SI.....	43
4.3 CUIDADO DO OUTRO.....	44
4.4 CUIDADO “DO NÓS”.....	44
4.5 ENFERMAGEM.....	44
4.6 PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	45
4.7 PROCESSO EDUCATIVO/REFLEXIVO/INTERPRETATIVO.....	45
5 O CAMINHO METODOLÓGICO NO COMPASSO DA ÉTICA.....	47
6 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTUDO.....	51
7 IMPLEMENTANDO A METODOLOGIA PROPOSTA E APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	53
7.1 OFICINA I – INTERAGINDO EU, VOCÊ, NÓS.....	53
7.2 OFICINA II – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DE SI DO “EU - SER HUMANO” E DO “EU - PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	55
7.2.1 Conflito e dicotomia no discurso do cuidado do eu – ser humano e do eu – profissional.....	56
7.2.2 Profissional de enfermagem como eu – robô.....	63
7.2.3 Dimensões do cuidado de si – ser humano/profissional.....	69
7.2.3.1 Dimensão de cuidado espiritual.....	70
7.2.3.2 Dimensão de cuidado biológico, físico e estético.....	71
7.2.3.3 Dimensão de cuidado social que relaciona e integra os seres.....	77
7.2.3.4 Dimensão de cuidado do “eu – profissional”.....	81
7.2.3.5 Dimensão de cuidado cognitivo.....	83

7.2.4 O sistema/serviço de saúde na ótica dos profissionais e a implicação para o cuidado de si.....	88
7.2.5 Formação e prática em saúde e enfermagem: condicionantes do autocuidado/automedicação.....	91
7.2.6 Descuidando de si, sendo cuidado e cuidando do outro.....	95
7.3 OFICINA III – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DO OUTRO PARA O “EU – SER HUMANO” E PARA O “EU – PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”.....	99
7.3.1 Significando o cuidado do outro.....	100
7.3.1.1 Cuidando do outro – cliente.....	101
7.3.1.2 Cuidando do outro – colega.....	104
7.3.1.3 Conflitos nas relações com o outro – colega.....	109
7.3.2 O cuidado do outro invisível e visível.....	112
7.3.3 Invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria.....	116
7.4 OFICINA IV – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO “DO NÓS” PARA O “EU – SER HUMANO” E PARA O “EU – PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”.....	122
7.4.1 Significando o cuidado “do nós”.....	123
7.4.2 Discurso “do nós” designado como responsabilidade coletiva, poder, autoridade e força.....	124
7.4.3 Cuidado “do nós”: encontro e troca a partir da relação com o outro, com o coletivo.....	126
7.4.4 Violência nas atitudes relacionais/coletivas.....	129
7.5 OFICINA V – REFLETINDO E (RE)CONSTRUINDO OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES DO CUIDADO DE SI, DO OUTRO E “DO NÓS” POR MEIO DE DINÂMICA DE GRUPO.....	133
7.5.1 Cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente.....	133
 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 144
 REFERÊNCIAS.....	 149
 APÊNDICES.....	 162
 ANEXOS.....	 172

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo de minha vivência como acadêmica e profissional em Enfermagem, busco a reflexão sobre o cuidar/cuidado nas relações humanas e organizacionais da prática de enfermagem vislumbrando o entendimento de questões do cotidiano. Assim, corroboro com Erdmann (1996) quando afirma que, o momento reflexivo é possível a partir de percepções e experiências vividas, de apreensão inteligível, ora intuitiva e ora racional.

Enquanto acadêmica inquietava-me com o discurso dicotômico e disjuntivo a respeito do cuidado ao ser humano – o cuidado do outro – ensinado pelos docentes e o cuidado de si praticado pelos mesmos; a dicotomia entre o cuidado do outro aprendido em minha formação e o observado na prática do profissional de enfermagem; o ambiente de cuidado, no ambiente hospitalar, que não oferecia o cuidado aos que cuidam de outros; o cuidado do outro pelos profissionais de enfermagem e a negligência ao próprio cuidado – o cuidado de si. De acordo com essas pontuações, percebia o cuidado compartimentado, reducionista, fracionado, separado, que ignorava a integralidade do cuidado nas relações com o outro e consigo mesmo.

Durante o exercício da profissão convivía com as mesmas situações inquietantes, ora o cuidado do discurso, ora o cuidado inexpressivo que permeava as relações e ações humanas no ambiente profissional. Tais observações e reflexões direcionaram a busca, neste estudo, da compreensão sobre os significados do cuidar/cuidado para os profissionais de enfermagem.

Contudo, na possibilidade de aprofundar a reflexão sobre os aspectos do cuidar/cuidado vivenciado no cotidiano de formação e atuação foi oportuno

desenvolver um estudo de mestrado (Dissertação de Mestrado^a) sobre o **significado do (des)cuidado de si do profissional de enfermagem**, no qual identifiquei, prioritariamente, a preocupação com o cuidado do outro, e, em contrapartida, a negligência do cuidado de si mesmo, não sendo hábito do profissional de enfermagem avaliar ou pensar o próprio cuidado. No entanto, a relação/ação de cuidado do/com o outro foi entendida também como um cuidado de si mesmo pelas trocas que proporciona, seja na relação de cuidado do cliente ou nas relações de cuidado, de afetividade, de troca de sentimentos mútuos com amigos, familiares, colegas (BAGGIO, 2004).

Os cuidadores do referido estudo apontaram a relação vinculada ao trabalho em saúde como desgastante, considerando a grande demanda de atividades, exigências e tarefas a cumprir, a inflexibilidade no trabalho e relações interpessoais desajustadas, o serviço mal remunerado, o poder inquestionável dos superiores, as longas jornadas de trabalho, a jornada dupla para garantir melhores salários...

A negligência do cuidado de si mesmo pelo estudo apontado parece decorrer da falta de tempo para alimentar-se adequadamente, cuidar-se física e esteticamente e, ainda, abdicar do tempo para si em prol do trabalho. A prevenção primária de doenças não é preocupação do profissional, no entanto, o apelo dos profissionais para terapias com fármacos, principalmente psicofármacos, remete à preocupação com o uso/prática indiscriminado/a da automedicação. Dessa forma, levanta-se a questão do cuidado do outro e também de si, “do nós” no dinâmico processo de trabalho em enfermagem.

Assim, após a realização do estudo de mestrado elucidado, a partir dos resultados emergidos do mesmo e devido ao meu amadurecimento cognitivo, percebo, como aluna do mestrado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a possibilidade de incitar nos espaços de relação de cuidado a reflexão acerca do cuidado de si, do outro e “do nós”.

O profissional de enfermagem precisa ser incitado/instigado a olhar de forma mais ampla, acurada e reflexiva a realidade que o cerca para poder compreender a dimensão do cuidado humano na sua complexidade. A atitude crítica e reflexiva deve ser estimulada considerando a inter-relação e interação do cuidado no seu

^a Dissertação de Mestrado desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Multidisciplinar em Ciências da Saúde Humana – PROMSAU - Universidade do Contestado – Concórdia/SC.

ambiente de relações, seja o cuidado de si, o cuidado do outro e o cuidado “do nós” na circularidade que se constitui, agregando/interconectando/associando/integrando as relações de si com o outro mutuamente e favorecendo as trocas entre os seres envolvidos.

A atitude crítica e reflexiva permite ao profissional de enfermagem repensar, questionar e discutir sobre determinado tema a fim de problematizar a realidade que o cerca. Ser um profissional crítico e reflexivo traduz-se na capacidade de ver/entender a prática do cuidado de si, do outro e “do nós” como espaço/momento de reflexão crítica, a fim de problematizar a realidade profissional e pessoal, bem como analisar e refletir criativamente sobre suas ações na prática desse cuidado.

A atitude reflexiva implica em analisar a prática cotidiana de cuidado considerando as condições ambientais, culturais, sociais em que a mesma ocorre, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir que, conseqüentemente, impelem em novas e melhores práticas de cuidado de si, do outro e “do nós”.

Considerando a multidimensionalidade do cuidado, os profissionais precisam ser estimulados a pensar/refletir nas ações cuidativas para com o outro e, indispensavelmente, para si, podendo, assim, se beneficiarem futuramente ao realizarem o/a exercício/educação do cuidado e ao implementarem o cuidado não só do outro, mas também de si e entre si. A reflexão sobre as relações/interações de cuidado é pertinente para compreender as relações do cuidado de si, do outro, “do nós” que permeiam o espaço de relações no ambiente hospitalar. Por meio de reflexão é possível realizar uma (re)avaliação das próprias atitudes adotadas pelos profissionais e da sua relação de cuidado com os outros seres de seu convívio.

O cuidado deve ser pensado/praticado considerando o eu, o outro e o nós, compreendendo o conjunto de relações de cuidado de forma integrada/interligada. Em qualquer contexto em que o cuidado se processe, o cuidador deve exercitar, sobretudo, antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado de si mesmo, na sua sistemicidade/totalidade, buscando a integração da dimensão física, mental e espiritual para alcançar uma harmonia entre o cuidado de si e o cuidado do outro, cuidando e sentindo-se cuidado por si e pelo outro.

O cuidar exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo e o profissional de enfermagem é o participante das relações cuidativas que possui mais condições de proporcionar/incentivar/facilitar um ambiente de cuidado

aos clientes e aos profissionais cuidadores da equipe multiprofissional. Consequentemente, nessas relações estabelecidas, o cuidado estabelece a circularidade, o vai e vem, fortalecendo o laço de relações, podendo o ser humano/cuidador ser e sentir-se cuidado, numa relação de troca mútua.

Considerando a complexidade das relações humanas de cuidado é pertinente desenvolver um estudo junto com os profissionais de enfermagem sobre as relações de cuidado que permeiam o ambiente laboral, neste caso, o ambiente hospitalar, explorando, ampliando e aperfeiçoando os saberes individuais e coletivos sobre o cuidado de si, do outro e “do nós” nas diferentes dimensões.

O ambiente hospitalar é caracterizado pela tensão, dor e sofrimento de pessoas que buscam recuperar-se de uma doença ou mal estar súbito numa condição aguda ou crônica, que pode de certa forma, implicar na aceção destes sentimentos e sensações pelo próprio profissional de enfermagem que interage nesse ambiente através da relação/interação de cuidado.

O trabalho desenvolvido no ambiente hospitalar pode desencadear aos trabalhadores de enfermagem, que exercem suas atividades laborais nesse espaço, freqüentes situações de stress e de fadiga física e mental. Assim, percebe-se como necessário e pertinente o pensar reflexivo sobre as inter-relações de cuidado inerentes ao espaço hospitalar.

Em uma unidade clínico-cirúrgica os pacientes/clientes apresentam problemas de saúde que necessitam de intervenções específicas, e além da situação patológica, vivenciam temor, ansiedade, expectativa, angústia, entre outros. Os profissionais de enfermagem vivenciam junto com o paciente/cliente tais sentimentos na experiência interativa do cuidado prestado. Na possibilidade de compreender as experiências individuais e coletivas, o singular e o comum, vê-se o encontro com os profissionais de enfermagem como oportunidade de resgatar, incitar, estimular e compreender o cuidado individual e coletivo. Com base na assertiva, questiona-se: Como ocorrem as relações de cuidado de si, do outro e “do nós” nas diferentes dimensões de cuidado em uma unidade clínico-cirúrgica?

Diante do exposto, este estudo objetivou **compreender as relações de cuidado de si, do outro e “do nós” nas diferentes dimensões de cuidado, através de um processo educativo/reflexivo/interpretativo com profissionais de enfermagem de unidade clínico-cirúrgica de um Hospital Escola, sob a perspectiva da complexidade.**

A unidade clínico-cirúrgica foi elencada como cenário para o estudo com foco educativo/reflexivo/interpretativo em função de que a enfermeira mestranda apresenta sensível apreço pelo mesmo, pois já desenvolve atividades de ensino e pesquisa neste local. As atividades realizadas enquanto docente e pesquisadora nesta unidade permitem a aproximação da mestranda junto aos demais profissionais e acredita-se na possibilidade de maior abertura para a inserção, aceitação e flexibilidade para o processo reflexivo proposto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão da literatura serão apresentados os aspectos que relacionam o cuidado e o ser humano, como relação vital, integrando as relações de cuidado constituídas entre os seres humanos com vistas ao cuidado “do nós”. Pontua-se também a relação da Enfermagem, trabalho e cuidado.

2.1 CUIDADO E SER HUMANO: RELAÇÃO VITAL PARA A VIDA HUMANA

O cuidado e o ser humano não existem de forma fragmentada, e sim co-existem. Desde os primeiros dias de sua vida e durante as fases de crescimento, desenvolvimento, envelhecimento e morte, o ser humano necessita de cuidados, tornando-se quase impossível não desfrutar das ações do cuidar (BOFF, 2003).

Nas suas diferentes aplicabilidades, “o cuidado contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender”, indispensável à manutenção das espécies e consubstancial à organização de uma sociedade. O cuidado é entendido como processo provedor e protetor da vida (ERDMANN, 1996, p.122).

O ser humano, segundo Boff (2003, p.82), “é fundamentalmente um ser de cuidado mais que um ser de razão e de vontade”. O autor enfatiza que o cuidado é a essência do ser humano, fundamenta a atitude ética entre os seres e é direito de todo/qualquer ser humano recebê-lo. Portanto, é imprescindível para o viver/sobreviver/conviver saudável.

Erdmann (1996) refere que o ser humano, como ser vivo que é, necessita cuidar-se e ser cuidado para a sua sobrevivência, da mesma forma que cuida do outro para que este sobreviva e para o cuidado de si mesmo, num processo de

transferência mútua e simultânea de cuidado segundo os valores da vida e amor próprio.

No entendimento de Boff (2003), o cuidado “expressa a importância da razão cordial, que respeita e venera o mistério que se vela e re-vela em cada ser... Por isso, a vida e o jogo de relações só sobrevivem se forem cercados de cuidado, desvelo e atenção”. Consequentemente, a preocupação e a responsabilidade com e pelo cuidado do outro advém da subjetividade do envolvimento e ligação afetiva estabelecida entre os seres.

Waldow (1998a) elucida que o cuidado é caracterizado como um momento de inter-relação de ações/attitudes/práticas/conduas vivenciadas e sentidas individual ou coletivamente. O cuidado ao ser humano deve ter o foco no holismo para qualificar o viver/sobreviver do ser. Morin (1996; 2000), contudo, complementa dizendo que o ser humano necessita ser cuidado não apenas com vistas ao holismo – o todo, mas também, considerando as singularidades e particularidades do ser - as partes constituintes do todo humano e complexo.

2.2 O CUIDADO DE SI, DO OUTRO E A EMERGÊNCIA DO CUIDADO “DO NÓS”

A prática do cuidado de si, conforme Baggio (2004), sofre influências sociais, ambientais, culturais e da formação profissional do indivíduo. Envolve, também, os cuidados percebidos como necessários para os profissionais de enfermagem, tais como promover um equilíbrio físico, emocional e social em suas atividades cotidianas.

Cuidar de si, para a autora, é uma maneira de o ser humano se estruturar, de entrar em sintonia consigo e com o mundo. O modo como o ser demonstra o cuidado para consigo e para com o outro revela o ser humano que é, pois se o cuidado de si inexistir, o ser humano pode se desestruturar, prejudicando-se a si mesmo e, eventualmente, àquilo ou àquele que a ele estiver relacionado (BAGGIO, 2004).

O ser humano, neste caso o profissional de enfermagem – cuidador requer cuidados em todas as suas dimensões para poder oferecer a mesma forma de cuidado ao outro. O cuidador que percebe a sua responsabilidade em cuidar de si e cuidar do outro demonstra uma riqueza de valores humanos.

A realização do cuidado é uma construção do profissional de enfermagem, pois o cuidado do outro é também um cuidado de si, uma vez que o processo de cuidar é algo dinâmico e complexo tanto para o ser que cuida quanto para o ser que é cuidado. Segundo Costenaro e Lacerda (2001), quando o profissional cuida e atende às necessidades do outro empaticamente ele estabelece um estado de união que corresponde, sincronicamente, aos próprios atos.

Sobral et al. (2003), no entanto, afirmam que o cuidador de enfermagem precisa estar atento aos próprios desejos, emoções, sentimentos, necessidades, comportamentos e, ainda, às maneiras de expressá-los para prestar o cuidado ao outro e a si mesmo.

No entanto, conforme Baggio (2004), o significado de cuidar/cuidado deve partir do interior do ser, a partir dos seus valores e crenças, considerando as experiências vivenciadas em cada circunstância da vida. Cuidar do outro significa atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade, mediante ações e atitudes de cuidado realizadas para promover o conforto e o bem-estar. O cuidado conjuga a integridade física e emocional num processo de troca entre cuidador e ser cuidado.

O ser humano – profissional de enfermagem – precisa atentar para suas próprias necessidades, desejos, sentimentos e a sua expressão, assim como, a preocupação e o zelo por si, pois o cuidado de si dependerá de atitudes, atitudes estas que também sustentam sua prática profissional.

Boff (2002) afirma que a atitude de cuidado é a fonte de muitos outros atos que expressam a atitude cuidativa de fundo. A atitude de cuidado com o outro é manifestada por atos de preocupação, inquietação, atenção, zelo, desvelo, solicitude, responsabilização e envolvimento afetivo e denotam tanto o cuidado pessoal do outro quanto o social, material, espiritual, ecológico, etc.

Radünz (1999), em estudo com enfermeiras que cuidam de pacientes acometidos por câncer, elucidou que, para cuidar dos outros, a enfermeira precisa antes, e também, cuidar de si mesma. A autora compara os profissionais de enfermagem, por causa da falta de cuidados consigo mesmos, antes a uma vela que se autoconsome do que a uma lâmparina, símbolo da enfermagem.

Os que cuidam de si, cuidando do outro, segundo Radünz (1999), demonstram atitudes de enfrentamento que permitem a superação das dificuldades

inerentes do seu cotidiano. A construção do cuidado de si para a autora é percebida a partir dos significados atribuídos da prática do cuidado do outro.

O cuidado de si – eu, do outro – tu é constituído pela inter-relação entre os seres envolvidos a partir dos movimentos e ondulações que processam o cuidar/cuidado intersubjetivo. O cuidado de si e do outro é ao mesmo tempo uma construção particular e coletiva, cujo cuidado de si é processado pelo próprio eu e na interação com o outro, pois cuidar do outro também é uma forma de cuidar de si. E, o outro ao perceber-se cuidado, processará a mesma forma de cuidado ao ser que o cuida, processando assim a circularidade do cuidado de si e do outro. Vê-se dessa forma, na multidimensionalidade do cuidado, a partir das influências e trocas estabelecidas entre os seres, a emergência de um cuidado mútuo, o cuidado “do nós”.

Lunardi et al. (2004, p.933), discutem o cuidado de nós como uma condição primeira e necessária para que as relações de cuidado sejam conduzidas adequadamente. Referem os autores que “é preciso ocupar-nos de nós, cuidamos de nós; não numa perspectiva de egoísmo ou de interesse individual, mas como aperfeiçoamento pessoal, superação dos apetites, dos desejos e paixões que possam dominar-nos”.

Nesta linha de pensamento, percebe-se que a partir da atitude de cuidado “de nós” mesmos, conforme propõe o estudo de Lunardi et al. (2004), pode-se construir e ou influenciar o cuidado coletivo, o cuidado “do nós”, visto que as relações múltiplas de cuidado, que transitam nos diferentes espaços, são contínuas e simultâneas, e da mesma forma, deve o cuidado humano de nós mesmos – o cuidado de si, o cuidado dos outros, também ser contínuo e simultâneo, para efetivamente processar o cuidado “do nós”.

2.3 ENFERMAGEM E A RELAÇÃO COM O TRABALHO

O trabalho se caracteriza como um elemento importante ao ser humano no que se refere a sua relação com o mundo e a via psíquica. A não flexibilização no trabalho que permita ao trabalhador o emprego das suas aptidões individuais e que lhe permita adequar sua estrutura física e psíquica ao trabalho e aos seus desejos,

vontades e anseios, indubitavelmente, acarretará insatisfação e desprazer ao trabalhador (DEJOURS, 1992).

Segundo Baggio (2004), o trabalho da enfermagem acarreta desgaste, sofrimento e comprometimento, tanto físico quanto mental, ao trabalhador que executa as atividades, quer seja na prevenção de doenças quer seja na recuperação da saúde das pessoas. Contraditoriamente, esses profissionais da saúde, para se dedicarem a sua profissão, ficam expostos a situações que põem em risco sua saúde física e mental, correndo o risco de ficarem doentes...

Lunardi e Lunardi Filho (1999) entendem o trabalho da enfermagem como um trabalho que, como os demais, pode comprometer o processo de viver saudável dos seus trabalhadores. Referem-se, também, à qualidade de vida do profissional de enfermagem no espaço laboral e extralaboral, bem como a algumas das implicações do trabalho como possível desencadeador de saúde, bem-estar, doença, desestruturação mental e loucura.

Conforme Cecagno et al. (2002, p.55):

a maneira pela a qual o trabalhador percebe e atribui um significado ao trabalho, o modo que está inserido no processo de trabalho e envolvido por ele, terá implicações em sua maneira de viver e ser saudável... dependendo do tipo de relação do homem com o trabalho, este tem significações diferentes, refletindo em uma melhor ou pior qualidade de vida.

Em estudo com enfermeiros, os autores supracitados (2002), apontam que a qualidade de vida destes profissionais está relacionada ao seu bem estar e a sua saúde, bem como da sua família. Apontam também o âmbito da educação, lazer, moradia e trabalho como importantes para o estabelecimento de uma vida com qualidade, tendo o trabalho relevante significância.

Erdmann (1996), por sua vez, aponta que a qualidade de vida nos sistemas organizacionais de cuidado está relacionada ao exercício da cidadania, na flexibilização, interação e integração dos seres, de modo a explorar as potencialidades/competências humanas, num processo dinâmico, otimizando a autonomia do ser e auto-organização de um sistema organizacional também flexível.

Cecagno et al. (2002), em contrapartida, elucidam que o trabalhador de enfermagem, comumente, no desenvolvimento de suas atividades profissionais, realiza horas excessivas em sua jornada laboral e conseqüentemente acaba por

afastar-se do convívio social e familiar. Em números, 66% dos profissionais trabalham em dois ou mais turnos e 80,7% possuem mais de um vínculo empregatício. Assim, questiona-se: como assegurar qualidade de vida satisfatória com jornadas de trabalho extenuantes e extensivas e ainda com múltiplos empregos?

O trabalho apresenta-se como um modo de regularização e equilíbrio da vida do ser humano. Todavia, o ser humano também pode ter sua qualidade de vida comprometida em decorrência deste.

A forma como o trabalho está organizado, o ambiente institucional, as relações interpessoais e as condições de trabalho podem contribuir, significativamente, para o des(prazer) no trabalho. Dejours (1992) acrescenta que a relação do trabalho com a saúde deve ser considerada, pois ele favorece a saúde ou a doença do ser humano. Um trabalho adaptado às condições físicas e psíquicas individuais favorece a saúde e até serve de imunidade para o trabalhador. No entanto, o contrário pode desencadear doença física ou mental, levando, posteriormente, ao afastamento definitivo deste trabalhador das suas atividades profissionais.

Lunardi et al. (2004, p.934) apontam que:

nas instituições de saúde, por diferentes caminhos, vem-se demonstrando, cada vez mais, que determinados modos adotados de ser e de fazer não apenas comprometem e prejudicam os profissionais, como, principalmente, comprometem o que se chama de cuidado aos clientes, a sua assistência à saúde.

Verdadeiramente, modos inadequados de ser e fazer podem comprometer o processo de cuidado em seu sentido amplo, impelindo danos; seja ao ser cuidador, ao ser cuidado e aos que com estes se relacionam. E ainda, todo um sistema organizacional estará comprometido em dimensões diversas, pois os seres humanos envolvidos interagem e interdependem entre si neste mesmo espaço físico-social, e consequentemente refletirá os bons ou maus resultados emergidos de suas práticas.

Na sociedade atual, a impressão que se tem é de que o profissional da área da saúde, o ser humano-cuidador, não adoece, não se cansa, não se esgota. O próprio cuidador parece não se preocupar com os seus próprios limites, necessidades e anseios. Assim sendo, este ser humano que presta cuidados ao outro acaba por esquecer-se de si mesmo enquanto ser humano, esquecendo que

também necessita de cuidado. E ainda, alguns dirigentes, em parte, esperam que o trabalhador esteja imune a qualquer sinal de doença, em virtude do compromisso de trabalho (BAGGIO, 2004).

A ausência do trabalhador ao trabalho pode causar prejuízo à empresa, neste caso, a instituição hospitalar ou sistema organizacional, como define Erdmann (1996). Alguns dos danos podem ser citados, tais como: pagamento de hora extra a outro profissional; qualidade do trabalho comprometida pelo cansaço do que substitui e se o mesmo, comumente, não atua no determinado setor, a inabilidade, desconhecimento da rotina que favorece a perda de tempo, ineficácia e ineficiência; diminuição do padrão de qualidade da assistência ao cliente e rendimento no trabalho. Enfim, inúmeros outros podem ser mencionados se levados em consideração não apenas a visão capitalista como a humanista. Mas e o cuidado humano onde fica neste momento? E a solidariedade com o outro? Em algum momento alguém se preocupa com o colega/trabalhador – aquele que adoeceu ou por algum motivo maior ficou impossibilitado de comparecer ao trabalho - ou aquele que está, quem sabe, exercendo sua atividade laboral com dano a saúde? Qual a qualidade das relações de cuidado no âmbito profissional?

A atividade profissional é apenas uma das esferas/aspectos da vida do ser humano, justaposta entre outras, como a social, educacional, familiar, cultural, doméstica, de lazer e assim por diante. A atividade profissional, nesse sentido, não é realizada apenas para o sustento, pois nela estão envolvidos os aspectos físicos e psíquicos, tão importantes para manter, melhorar ou piorar os demais aspectos da vida pessoal.

Para Baggio (2004), o trabalho representa um papel fundamental na estruturação do ser humano, pois é também no ambiente profissional que este busca satisfações pessoais, prazer, valorização, reconhecimento, prestígio. Por meio das relações humanas no ambiente de trabalho não se buscam apenas os contatos estritamente profissionais; espera-se também conquistar bons relacionamentos de amizade, e que estes se fortaleçam. Um ambiente de trabalho insatisfatório gera angústia, sofrimento, ansiedade, insegurança, o que, consequentemente, afeta a qualidade do relacionamento interpessoal.

Pitta (1999, p.18-19), entretanto, entende que “a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar decorre da própria natureza deste trabalho e de sua organização [...]”. Em contraponto, a

autora observou neste mesmo trabalho que o ser trabalhador é capaz de sentir satisfação e prazer quando condições facilitadoras lhe permitem sentir suas tarefas socialmente valorizadas.

Referindo-se aos ajustes psíquicos que os seres humanos estabelecem para alcançar satisfação com suas profissões, a autora assinala que o contato constante com pessoas enfermas em um ambiente como o hospitalar, que impõe ao trabalhador de saúde o enfrentamento e a realização de atividades desagradáveis, requer desses profissionais uma adequação prévia à escolha da sua atividade e/ou exercícios cotidianos de ajustamento e estratégias defensivas para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, para adequar harmoniosamente todos os aspectos de vida, o ser humano precisa estabelecer prioridades e ter a capacidade de discernir entre a vida profissional e a pessoal, ajustando inteligentemente esses dois aspectos, fundamentais para uma vida saudável.

Desse modo, compartilho do pensamento de Boff (2002, p.97), quando lembra que,

o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente, e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade, e por outro à espiritualidade...

O cuidador de enfermagem inserido em uma organização que presta serviço ao outro é responsável pela qualidade do atendimento que é dispensado ao ser cuidado e, para tal, deve empenhar-se e oferecer o melhor de si. Não obstante, as organizações necessitam demonstrar preocupação com o cuidado destes que se dispõem a cuidar de tantos, pois a qualidade final das empresas está vinculada à qualidade de vida dos trabalhadores (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Baggio (2004) constata em seu estudo que as instituições são direta e indiretamente responsáveis pelos desajustes psíquicos e físicos apresentados pelo trabalhador de enfermagem. Em virtude de tal constatação, assinala que é fundamental que as instituições assumam o compromisso, também, com o cuidado dos seus trabalhadores e, ainda, estimule hábitos de vida saudáveis, fomentando no seu espaço condições saudáveis de relacionamento. Consequentemente, o retorno, além de pessoal para o trabalhador, institucional, é ainda social, pois o trabalhador

com o corpo e mente são propiciará ao cliente uma prestação de serviço de qualidade, efetivando uma relação de cuidado de si, do outro, “do nós”.

Oliniski (2006) informa que algumas instituições estão demonstrando iniciativa e preocupação com a humanização no ambiente de trabalho buscando a aproximação entre os seres humanos. No entanto, a autora salienta que se estes não souberem se relacionar socialmente, não adiantará os esforços e a preocupação institucional com a qualidade das relações.

As organizações/instituições/empresas têm valorizado, sobretudo, a capacidade relacional dos seus trabalhadores tanto quanto a capacidade técnica no desempenho de suas atividades laborais. Dessa forma, o conhecimento/entendimento/compreensão da intersubjetividade das relações/interações/associações humanas no cenário social que permeia a prática profissional permitirá promoção/melhoria do ambiente de trabalho.

2.4 RELAÇÕES DE CUIDADO NO AMBIENTE DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

No relacionamento entre os seres de um mesmo grupo, o respeito, o coleguismo, a paciência e o afeto formam o alicerce da relação. Para haver bons resultados dessa relação interpessoal é preciso que tal alicerce esteja bem estruturado e, na medida do possível, de acordo com as expectativas, os desejos e as esperanças de cada um. Se uma relação não está bem sustentada dificultará a interação de todo o grupo. Todavia, em alguns casos, percebe-se que há dificuldade entre os profissionais de enfermagem para estabelecer um relacionamento calcado no respeito e na solidariedade entre si (BAGGIO, 2004).

Corroborando com a assertiva acima, emergiram, de um estudo realizado junto com profissionais de enfermagem de um hospital público brasileiro, relatos ambíguos no que se refere às relações entre os colegas de trabalho. Neste estudo, os profissionais ora referiam perceber as relações interpessoais como muito boas, com um discurso de trabalho em equipe, ora manifestavam relatos de disputas internas, rivalidades e diferenças de tratamento (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Baggio (2004) aponta que, para os profissionais de enfermagem o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho é difícil de ser prazeroso devido a problemas de convívio e comunicação. Não obstante, enfatiza que cada

indivíduo é responsável pelo estabelecimento da harmonia no seu trabalho, devendo, para tal, estabelecer uma relação profissional calcada no respeito para manter um ambiente de trabalho satisfatório.

As relações que se estabelecem entre seres vivos e ambientes físico-sociais possuem características naturais e são construídas pela interação humana, sendo o ambiente do trabalho um espaço de relações. O trabalho e as relações que permeiam o ambiente fazem parte do processo criativo, e também, parte do processo de cuidado dos seres humanos. Todavia, as relações estabelecidas e o próprio trabalho podem ocasionar efeitos saudáveis ou insalubres para o processo vital destes trabalhadores e para os outros seres envolvidos (CEZAR-VAZ et al., 2007).

Inevitavelmente, no ambiente de trabalho ocorrem situações de conflitos interpessoais e, para resolver essas situações, é preciso agir coerentemente com calma e serenidade, pois uma palavra ou um gesto pode ocasionar sérios danos numa relação. As palavras precisam ser ditas e as situações resolvidas. No entanto, o profissional precisa saber articular as palavras e agir respeitosamente para dizer verdades e apontar erros. Costenaro e Lacerda (2001, p.74), apontam que “a maneira mais saudável para vivenciar um bom relacionamento é escutar os outros e escutar a si mesmo como gostaria que nos escutassem”.

Para Poletto (1998, p.120), “a valorização e o respeito mútuo entre colegas de equipe contribuem para que ocorra integração, assim como o dar-se conta de que as atitudes integrativas melhoram o relacionamento interpessoal”.

Os profissionais de enfermagem, principalmente os que ocupam cargos de liderança, devem cuidar dos cuidadores da equipe de enfermagem assim como gostariam de ser cuidados. O profissional, ante os cuidados que presta e aos conhecimentos que deve possuir, pode propiciar um ambiente agradável à equipe de trabalho, ao paciente, familiar, bem como a si próprio (BAGGIO, 2004).

Waldow (1998a) elucida que o líder de uma equipe tem como papel prioritário facilitar, coordenar e integrar o trabalho e as decisões entre os sujeitos. O que lidera não deve exercer uma administração isolada e autoritária e sim compartilhar com sua equipe as necessidades, valorizando as sugestões e idéias que, quando compartilhadas pelo grupo, podem colaborar para o crescimento organizacional. Dessa forma, saber liderar também pode ser entendido como saber gerenciar o cuidado da equipe, do colega, do cliente, de si no espaço organizacional.

No sentido de liderança, Lunardi et al. (2004, p.938) incitam à seguinte reflexão:

Como podemos ser dirigentes de um grupo, de uma equipe, se sequer conseguimos dirigir a nós próprios? Aquele que pretende cuidar dos outros e dirigi-los (e nós, profissionais de saúde, comumente estamos nessa situação), antes de tudo, necessita demonstrar que sabe dirigir a si próprio, que conhece os limites do seu fazer, que respeita o outro como um ser diferente de si.

A reflexão propõe aos profissionais de enfermagem o pensar/repensar das práticas de cuidado que permeiam o cotidiano do profissional em seu sentido individual e coletivo, sem eximir-se dessa responsabilidade ou negligenciar a realidade em que está inserido, mas com vistas a promover o cuidado de si mesmos, dos outros e “do nós”.

Segundo Waldow (1998a), para cultivar um relacionamento de cuidado deve-se valorizar e praticar o cuidar/cuidado entre si, pois não deve este ser apenas um privilégio na relação enfermeiro/paciente. O ambiente de trabalho deve ser moldado em comportamentos, atitudes, ações e conhecimento de cuidar/cuidado, seja na relação inter e intra-institucional.

A prática do cuidado, para a autora supracitada, deve ser nutrida e cultivada no ambiente de trabalho para proporcionar um ambiente agradável e promover o crescimento individual e grupal. O coleguismo facilita o trabalho dos profissionais e propicia um clima agradável no desenvolvimento das atividades.

Concomitante à relação de cuidado de si é importante valorizar as relações interpessoais no ambiente de trabalho, o cuidado do outro – o cliente, o colega, o familiar, ou seja, o cuidado coletivo. Onde cuido de mim e do outro com vistas ao cuidado “do nós”. Nas relações interpessoais no âmbito laboral se fazem necessárias a empatia, a conexão/interação/integração com finalidade de troca, a compreensão, a ajuda mútua para a construção de um ambiente solidário e prazeroso, calcado em relações humanas autênticas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem como base teórica o pensamento complexo de Edgar Morin, oportuno neste estudo para aproximar/facilitar a compreensão dos fenômenos complexos emergentes das relações de cuidado nas suas múltiplas dimensões.

Edgar Morin, sociólogo e filósofo francês (nascido em Paris em 8 de julho de 1921), de origem Judaico-Espanhola, um dos principais pensadores da complexidade é considerado um dos pensadores mais importantes do século XX e XXI. São de sua autoria mais de 30 livros acerca do pensar complexo, cujas obras algumas estão citadas ao longo desse estudo.

3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

Morin (2006a) apresenta o pensamento complexo como uma incapacidade do ser humano de definir de modo simples e claro o ordenamento das idéias, a simplificação das coisas, ou seja, o que não pode ser reduzido ao simples tampouco ser resumido à própria palavra complexidade. Esta incapacidade denota a incerteza, a desordem e a confusão. Dessa forma, o ser, ao perceber a impossibilidade de respostas definitivas, de solução e resolução das coisas, exprime o incômodo, inquieta-se, agita-se e, finalmente, reconhece a incompletude e a incerteza das respostas que busca. E, conforme o autor (1996), a complexidade desafia a busca de respostas para compreender os fenômenos até então incompreensíveis, porém sem respostas absolutas, o que impele o movimento de procura de outras e novas respostas.

O pensamento complexo instiga a busca de compreensão de algum fenômeno ou conhecimento acerca de uma realidade. Contudo, quanto mais se

entende e/ou busca-se o entendimento sobre complexidade, percebe-se o quanto o caminho precisa ser percorrido e o pensar lapidado, aperfeiçoado. E quanto mais aguçada for essa busca, maior será a incompreensão. Isso significa complexidade, o inacabado, a incompletude do conhecimento.

Mas, como conceber a complexidade em sua obscuridade, incerteza, desordem, pluralidade, contradição, complicação, incompletude? Não existem receitas ou respostas para aprender/apreender/compreender a complexidade. Daí decorre o grande desafio: a motivação para pensar/refletir as diversidades/multiplicidades ao longo do caminho percorrido (MORIN, 1996).

Complexidade significa o que é/foi tecido junto, quando elementos diferentes são inseparáveis e constitutivos do todo; constituintes heterogêneos inseparavelmente associados; significa a união, relação, interação entre o uno e o múltiplo - a multidimensionalidade. Esta, por sua vez, é entendida como conexão interdependente entre as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Integra, dessa forma, os acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o mundo fenomênico (MORIN, 2006a; 2006b).

Contudo, não se pode negar a existência dos modos simplificadores do pensamento, tidos como parciais e desintegrados de outras partes. Consciente disto, a complexidade visa integrar os vários modos simplificadores de pensar e recusa consequências mutiladoras, redutoras, unidimensionais em sua concepção. Assim, intenciona a articulação entre os campos de saber/conhecimento; ambiciona articular os campos disciplinares que estão desmembrados pelo pensamento disjuntivo e aspira o conhecimento multidimensional (MORIN, 2006a).

Percebe-se a necessidade, segundo o pensamento complexo, de ampliar, aguçar, de desenvolver uma visão de mundo que se possibilite o olhar para o outro e para si mesmo, incluindo além da visão local, também a visão global, do indivíduo, do ambiente, da coletividade. É pertinente estabelecer articulações entre o cuidado singular e o plural nas relações humanas, aspirando-se o cuidado multidimensional, que concebe e integra singularidades e pluralidades, o uno e o múltiplo num mesmo ser, o cuidado de si, do outro e “do nós” – o coletivo.

Partindo-se desse raciocínio e se remetendo à realidade deste estudo, constata-se a pertinência do pensamento complexo como ferramenta teórica para aproximar uma compreensão acerca das relações, interações e associações

estabelecidas entre os seres humanos, dos seres com seu ambiente, com sua realidade e consigo mesmo, bem como as influências particulares e recíprocas advindas do viver e do conviver num mundo complexo.

Morin (2006a) aponta que a complexidade, num primeiro momento, parece um fenômeno quantitativo devido à quantidade anunciada de relações, interações, conexões, associações entre várias unidades. Portanto, para clarificar o entendimento, o autor explica que a complexidade não compreende apenas quantidades de unidades e suas interações, e sim, está além da possibilidade de quantificação, pois permite/aproxima a compreensão dos fenômenos imbuídos de incertezas e indeterminações provenientes dos limites individuais de entendimento ou da própria complexidade do fenômeno.

3.2 A IDENTIDADE HUMANA DE UM SER COMPLEXO

No século XIX as ciências naturais reconhecem o ser humano como ser biológico, enquanto as ciências humanas o reconhecem como ser psíquico e cultural, com conceitos cada vez mais ampliados, só que vistos distintamente. Os caracteres biológicos eram estudados pela medicina e pela biologia, os psicológicos, culturais e sociais foram estudados distintamente por diferentes departamentos das ciências humanas, não havendo articulação entre os saberes. A compartimentação entre essas ciências não permitia compreender o ser humano em sua complexidade, fragmentando as áreas do saber e impedindo a concepção de um ser humano multidimensional (MORIN; KERN, 2005).

Para o entendimento da evolução da identidade humana, Morin e Kern (2005) descrevem a evolução antropológica do ser humano, abordada a seguir.

O nascimento do ser humano é atribuído a uma evolução biológica, admitindo-se a descendência do macaco, na qual os caracteres anatômico e fisiológico deste primata são mantidos. Durante o processo evolutivo, o ser humano desenvolve a domesticação do fogo, assim como os instrumentais de caça, arquiteta abrigos para proteção do tempo, as vestimentas... Ocorre também neste processo de evolução, o aperfeiçoamento relacional, tornando cada vez mais complexas as relações interpessoais entre os seres do seu convívio, que estabelece laços afetivos,

desenvolve a linguagem e, assim, a evolução biológica, social, cultural, psíquica. Assim, conclui o autor:

o homem não é um pós-primata, mas um super-primata, que desenvolveu aptidões já manifestas, mas esparsas, temporárias, ocasionais entre os primatas superiores, como a confecção de instrumentos, a prática da caça, a marcha sobre os membros inferiores. O homem não é um pós-mamífero, mas um super mamífero, que desenvolveu dentro dele o calor afetivo da relação mãe-filho, irmãos-irmãs, o conservou na idade adulta, o estendeu às relações amorosas e de amizade... o homem é um super-vivente porque desenvolveu de forma superior um grande número das potencialidades da organização da vida... criou novas esferas de vida: a vida do espírito, a vida dos mitos, a vida das idéias, a vida da consciência. E é ao produzir essas novas formas de vida, que dependem da linguagem, das noções, das idéias que alimentam o espírito e a consciência, que ele se torna, progressivamente estranho ao mundo vivo e animal. Donde o duplo estatuto do ser humano. Por um lado, depende totalmente da natureza biológica, física e cósmica. Por outro, depende totalmente da cultura, isto é, do universo da palavra, do mito, da idéia, da razão, da consciência... Assim, a partir e para além das identidades que o enraízam na terra e o inscrevem no cosmos, o homem produz suas identidades propriamente humanas-familiar, étnica, cultural, religiosa, social, racional (MORIN; KERN, 2005, p.56-57).

Foi por volta de 1955-1960 que estudiosos desenvolveram teorias que possibilitaram à antropologia articular os pensamentos/saberes a respeito deste ser humano compartimentado, fragmentado, separado em sua complexidade. Mas a articulação e reflexão do ser humano na relação com seu meio ambiente, sendo ao mesmo tempo um ser social, biológico, cultural, psíquico, etc., que impele o desafio do pensamento complexo, considerando a multidimensionalidade do ser e suas relações com o meio, com o todo e do todo com o ser, ainda é um processo tímido, pouco desenvolvido, ou desenvolvido por poucos. Pensar o contexto em que vive/convive o ser humano, considerando a complexidade, o subjetivo/ntersubjetivo, a interdependência, a interação, a conexão, a relação do todo, de acordo com os componentes econômico, político, sociológico, psicológico, afetivo, mitológico... e correlacionando estes aspectos multidimensionais a um ser humano também multidimensional é um processo lento, mas necessário, que exige dos seres envolvidos a capacidade de conexão/interconexão das partes com o todo e do todo com as partes (MORIN, 2000; MORIN; KERN, 2005).

O ser humano, “por um lado depende totalmente da natureza biológica, física e cósmica. Por outro, depende totalmente da cultura, isto é, do universo da palavra, do mito, da idéia, da razão, da consciência” (MORIN; KERN, 2005, p.57).

O ser humano é ao mesmo tempo uno e múltiplo, singular e plural, cuja união das singularidades e pluralidades de outros seres formam a complexidade humana do ser, único e individual, porém, múltiplo em sua constituição complexa advinda das relações e integrações com outros seres (MORIN, 1996).

Conforme Morin (2006a, 2006b), os seres humanos são seres multidimensionais e complexos, sendo ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional; seres de subjetividade/intersubjetividade/objetividade, pensantes e conscientes de si, que trazem em si sua irreduzível individualidade/coletividade, autonomia/dependência/interdependência, suficiência e insuficiência de si mesmo, inacabados, incompletos e imperfeitos por natureza. Seres que convivem culturalmente com regras, normas, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores e mitos, mas que também convivem com desregramentos; pertencentes a uma sociedade que comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa.

Morin (2006b) considera que os seres humanos são singulares, mas também são seres múltiplos, trazem em si multiplicidades interiores, personalidades virtuais, uma infinidade de personagens quiméricos, uma poliexistência no real e no imaginário, no sono e na vigília, na obediência e na transgressão, no ostensivo e no secreto; são seres possuidores de sonhos e também de fantasmas, de impulsos, de desejos e amores insatisfeitos, de acessos de ódio. São ao mesmo tempo seres sábios e loucos, trabalhadores e lúdicos, empíricos e imaginários, econômicos e consumistas, prosaicos e poéticos, fervorosos, participantes, amorosos; são racionais e irracionais, capazes de medida e desmedida; seres de afetividade intensa e instável; seres de violência e também de ternura, amor e ódio; são seres que choram e que riem, sérios e calculistas, possuidores de angústias, ansiedades, que se desgastam, se entregam, se dedicam e que tem consciência da própria morte.

São, na concepção de Erdmann (1996), seres biopsicosocioespirituais, dependentes e independentes, que possuem uma história de vida no tempo e espaço; são seres críticos e também reflexivos, criativos, construtivos, intuitivos; seres de comunhão, mas também de solidão, sensíveis e solidários. Possuidores de conhecimentos, esperanças, sentimentos, necessidades, alegrias, desejos,

vontades, pulsões, utopias. São seres que sofrem, choram e reclamam, se entregam, se reerguem, sonham e sorriem, estimulam, amam e confortam, esperam receber o melhor e estar livre de riscos. Confiam na ciência, na experiência do cuidador e nas possibilidades de trocas. Crêem nos seus potenciais interiores e na espiritualidade, são seres de fé. Ocupam um ambiente/espço físico e social político-institucional. São sensíveis ao que lhes é bom, importante, agradável, necessário, adequado e ao que lhes é incômodo, sufocante, monótono; ao que lhes é feito com amor, segurança e responsabilidade e ao que não é feito somente para cumprir tarefas.

Os seres humanos, segundo Boff (2003), são fundamentalmente seres de cuidado mais que seres de razão e vontade. Erdmann (1996) acrescenta que os seres humanos buscam o cuidado que traduza o saber, a habilidade, a proteção, o afeto, o carinho e o calor humano.

Boff (2003) complementa elucidando a dupla dimensão dos seres humanos. São, numa dimensão, seres de desejos ilimitados e infinitos, capazes de cuidar e cuidarem-se e, em outra, limitados à circunstâncias às quais não podem/puderam escolher, como a escolha de seus pais (afetuosos ou rígidos), a carga genética, o sexo (feminino ou masculino), a cor da pele, a naturalidade...

3.3 OS SISTEMAS COMPLEXOS

A compreensão dos fenômenos tem limites inesgotáveis, visto que estão em constante movimento, que se modificam constantemente, alteram e fazem alterar as redes de relações existentes entre os elementos de interação. Corroboro com Erdmann (1996, p.39) quando, imergida no pensamento complexo, afirma que "as relações multidimensionais com os diferentes meios/ambiência dos sistemas abertos estão em constante movimento/ondulações frente suas influências múltiplas e imprevisíveis".

Morin (2006a) explica que sistemas abertos estão na ordem dos sistemas que estão em constante movimento e interação com seu meio, cuja estrutura depende de alimentação externa. Os sistemas vivos, pertencentes a sistemas abertos, realizam trocas, interagem com o meio e dependem destas relações e interações externas para a sua sobrevivência. Assim, os seres humanos, como sistemas vivos

que são, também pertencem a sistemas abertos e realizam trocas, interagem, se inter-relacionam com o meio ambiente que fazem parte.

Um sistema para ser aberto, segundo Morin (2006a), precisa estar em constante equilíbrio e desequilíbrio com o meio, em inconstância, em movimento. O equilíbrio, a estabilidade, a constância são entendidos pelo autor como um sistema fechado em si, que não precisa alimentar-se com o externo, não precisa realizar trocas, por isso não interage com o meio. Assim, entende que o desequilíbrio é o fluxo energético que nutre, renova sem cessar, organiza/desorganiza, desequilibra para equilibrar num contínuo e dinâmico processo natural que mantém o sistema vivo em interação, possibilita trocas, a inter-relação...

As relações de cuidado, nas diversas dimensões, podem ser entendidas como sistemas abertos, que são alimentadas/nutridas pelas trocas, interações, associações com o meio a que pertencem. Os seres de relação estão integrados com o meio e entre si e dependem dessas trocas, interações e associações para seu cuidado, para o cuidado dos seus e para sentirem-se cuidados. Dessa forma, como aponta Boff (2003, p.87): “cresce a percepção de que vigoram interdependências entre todos os seres...”.

O ser humano no espaço de relações, entendido como um sistema aberto, é autônomo em si e dependente das relações que estabelece e que precisa estabelecer para o seu próprio desenvolvimento. Assim, Morin e Kern (2005, p.65) afirmam que “todo sistema auto-organizador é na verdade auto-eco-organizador, ou seja, autônomo/dependente em relação a seu(s) ecossistema(s)”. A relação de dependência e autonomia será aprofundada a seguir.

3.4 A DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA DO SER HUMANO

À relação de autonomia e dependência, Morin (1996; 2000) denomina de auto-eco-organização, estritamente particular dos sistemas vivos, que em sua organização incessantemente se produzem (auto-reproduzem), regeneram (auto-reparam), sendo responsáveis pela produção e desenvolvimento da própria vida. Porém, os sistemas vivos são autônomos (auto-produção e auto-organização) e ao mesmo tempo dependentes do meio externo (ambiente) para que possam desenvolver sua organização, por isso auto-eco-organização. Um exemplo disso é a

auto-organização da vida biológica que se regenera permanentemente a partir da morte de suas células.

Ao comentar a relação sobre dependência e autonomia do ser humano, Morin (1996) elucida que a autonomia do homem se fundamenta na dependência deste, ou seja, é preciso depender para ser autônomo. O ser humano desenvolve sua autonomia mediante a dependência em relação a algo externo a ele, por exemplo, o homem desenvolve a autonomia psicológica, pessoal, individual a partir de múltiplas dependências como a família, a escola, a universidade, etc.

A autonomia do homem é relativa e relacionada às dependências que o mesmo sustenta. Assim, podemos dizer que os seres humanos também dependem uns dos outros para a sua autonomia, sua sobrevivência.

Ocorre a inter-relação, a inter-dependência entre os seres humanos de modo que eu dependo do outro, assim como ele também depende de mim, e, de modo equivalente, o ser humano depende do seu ambiente (sociedade) assim como o ambiente (sociedade) depende do ser humano.

Sobre autonomia e dependência, Morin (1996, p.284) acrescenta manifestando que, “pode-se conceber a autonomia de um ser e sua dependência existencial de tudo aquilo que é necessário à sua autonomia, como tudo aquilo que ameaça sua autonomia no seu ambiente aleatório”.

A sociedade contemporânea parece ignorar tal relação de dependência - autonomia. As pessoas estão mais egoístas, individualistas e rejeitam a necessidade de viver/conviver a coletividade, a comunhão e a troca com outros indivíduos. Evidentemente percebe-se o aumento da solidão e redução da solidariedade. Aguçam sentimentos consumistas para suprir necessidades estritamente humanas, a necessidade do outro. A dependência passa a ser a do consumismo material, cujo acesso é cada vez mais facilitado no mundo capitalista.

A autonomia do ser humano pode ser ameaçada pelas próprias escolhas que faz. A possibilidade de escolha e a sua concepção determinam a liberdade do ser, mas tudo que restringe a possibilidade de escolha restringe também a sua liberdade. No entanto, o ser é livre ou não de suas escolhas em função das determinações sociais, econômicas e políticas que suporta (MORIN, 1996).

Os seres humanos dependem da sociedade, que, por sua vez, depende destes. Em outras palavras, a autonomia do ser humano depende da sociedade, cuja autonomia também é dependente dos seres que a constituem. Os seres

humanos e a sociedade inter-dependem, e por isso, a existência da sociedade se dá pela interação entre os indivíduos que a formam por meio da cultura, da linguagem, da educação (MORIN, 1996; 2000; 2006a).

Ao considerar a auto-organização, de onde emerge a vida humana, o homem dotado de autonomia, dependência, singularidade, pluralidade, complexidade, subjetividade contém em sua unidade/multiplicidade, também, a capacidade de reflexibilidade, de escolha, liberdade – a consciência de si. E, através da sua capacidade auto-organizadora e auto-reflexiva espera-se que o homem desenvolva a consciência reflexiva que permeia as relações de dependência/autonomia de cuidado em seu ambiente social – auto-eco-organização – as relações de cuidado de si, do outro e “do nós” (MORIN, 2006a).

Importa conhecer a dimensão das relações humanas de cuidado na sua inter-dependência e auto-eco-organização e ampliar a compreensão acerca das interações e associações estabelecidas nas relações de cuidado de si, do outro, “do nós”, enquanto seres humanos; das relações de si, do outro, “do nós” com o ambiente e da relação de cada ser humano consigo mesmo, a partir das mobilizações/ondulações/trocas particulares e recíprocas do viver e do conviver num mundo complexo.

3.5 PERSPECTIVA HOLOGRAMÁTICA DA VIDA HUMANA

Conforme Morin (1996, p.181) holograma “é a parte física cujas qualidades de relevo, de cor e de presença são devidas ao fato de cada um dos seus pontos incluírem quase toda a informação do conjunto que ele representa”. O mesmo tipo de organização se dá nos seres vivos, em seu DNA, pois a “a mais modesta célula da epiderme contém a informação genética do global”, ou seja, “a totalidade da nossa informação genética esta em cada uma de nossas células” (p.190), e, por isso, pode-se afirmar que não só a parte está no todo, mas também que o todo está na parte.

Partindo-se do princípio hologramático, o todo (ambiente, sociedade) está presente na parte (seres humanos), como a parte está no todo. O eu possui características do outro adquiridas da convivialidade com este, e, da mesma forma, o outro contém traços do eu adquiridos dessa relação, numa troca mútua e

constante. Na ótica desta pertença, também, o todo da sociedade está presente na parte do indivíduo enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, educação, suas normas (MORIN, 1996; 2000).

Assim, a coletividade (o nós) representada pelos seres de inter-relação/interdependência que co-habitam o ambiente representa traços comuns e correspondentes ao meio que compartilham/desfrutam, todavia, a parte (eu) contemplada pelo ser humano único, individual e singular não pode ser reduzida ao todo que constitui os seres humanos múltiplos, coletivos, plurais – nem o todo reduzido a parte.

A perspectiva hologramática, segundo Souza e Erdmann (2008, p.36), em sua dimensão “supera tanto a visão holística, que privilegia o todo de um sistema e não contempla adequadamente as partes, como a reducionista, que analisa apenas as partes de um todo”.

Para compreender o fenômeno e a dimensão da inter-relação e interdependência que ocorre entre os seres e estes com ambiente é necessário sentir o movimento de circularidade acontecer. Morin (1996, p.182) aponta que o princípio de recursividade, um dos princípios da complexidade, unido ao princípio hologramático pode possibilitar essa compreensão. O autor explica que a organização recursiva (princípio de recursividade) “é a organização cujos efeitos e produtos são necessários a sua própria causação e sua própria produção”.

Auxiliando na explicação o autor elucida:

uma sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos e essas interações produzem o todo organizador que retroage sobre os indivíduos e para co-produzi-los enquanto indivíduos humanos, o que eles não seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura (MORIN, 1996, p.182).

O processo social é complexo e corre na circularidade de co-dependência/auto-organização/co-organização/auto-eco-dependência entre produtor e produto, causa e efeito, um e múltiplo, que confunde demarcações e fronteiras. Dessa forma,

um pensamento de organização que não incluía a relação auto-eco-organizadora, isto é, a relação profunda e íntima com o meio ambiente, que não incluía a relação hologramática entre as partes e o todo, que não incluía o princípio da recursividade, está condenado à mediocridade, à trivialidade, isto é, ao erro... (MORIN, 1996, p.193).

Nesta perspectiva, Boff (2003) elucida que ao ser humano cabe a preocupação, o cuidado e a responsabilidade com o mundo, considerando os aspectos que o envolvem. O ser humano precisa sentir o mundo, os outros e o próprio eu dentro do mundo, como parte dele. Envolve sentir-se parte da natureza, cuidar, respeitar e responsabilizar-se pelo meio ambiente em que vive, pois a sobrevivência de todos, dos seres humanos e demais seres vivos da Terra co-dependerá também das próprias ações e atitudes.

3.6 DIMENSÃO EDUCATIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO

Em sua dimensão educativa, o pensamento complexo opera vinculando as partes e o todo, onde é necessário o conhecimento que é capaz de apreender a objetividade e a subjetividade em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. O conhecimento deve estabelecer relações mútuas entre os saberes e os fazeres, as influências recíprocas das partes e do todo, de modo que os seres humanos conheçam e adquiram, ao mesmo tempo, sua identidade complexa e comum a todos os demais seres (MORIN, 2006b).

Morin (2006b, p.16) afirma que “a compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana”. Daí decorre a necessidade de instituir a prática educativa e reflexiva nos espaços de relações, sendo esta, o meio para a compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos. A compreensão na concepção do pensamento complexo necessita/impele a reforma da mentalidade e do pensamento, com conseqüente mudança de atitude.

A educação, segundo Morin (2000, p.22), “deve favorecer a aptidão natural da mente para colocar e resolver os problemas e, correlativamente, estimular o pleno emprego da inteligência geral”. É necessário para tanto o estímulo, o questionamento, a problematização sobre questões fundamentais inerentes ao cotidiano complexo para impulsionar a discussão, a reflexão, a educação, a argumentação, a ligação e separação, a análise e síntese, contudo, a almejada compreensão dos fenômenos complexos quer sejam biológicos, culturais, sociais, espirituais, etc.

4 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS

Os conceitos descritos a seguir foram construídos a partir das concepções da mestrande e das leituras realizadas, considerando o pensamento complexo de Edgar Morin como eixo norteador.

4.1 RELAÇÕES DE CUIDADO DE SI, DO OUTRO, “DO NÓS”

Segundo Erdmann (1996), relações de cuidado, de acordo com sua complexidade, conjugam a razão, a intuição, a lógica, a empatia; permitem o acontecer da arte das relações múltiplas de cuidado, permeadas de sensações vividas, sensibilizações provocadas, prazer de buscar o cuidado, de cuidar de si e de si junto-com o outro, de ser cuidado e de sentir o cuidado ser processado; permitem a integração de múltiplas relações e formas de cuidado.

O cuidado de si, do outro e “do nós” é representado pelas relações/interações/associações/ondulações em dimensões variadas de cuidado que se desenvolvem entre os seres humanos em um ambiente, que os relaciona e os transforma. Erdmann (1996) pontua que nessas relações permeia/oscila a consciência e inconsciência, interesses, valores, necessidades, vontades, desejos, conveniências, impulsos, oportunidades e possibilidades. As relações se constroem/descontroem, se fazem/desfazem, se organizam/desorganizam/auto-organizam, num processo e contra processo contínuos.

Boff (2003) refere que os todos os seres humanos são seres-de-relação e por isso inter-retroconectados e reciprocamente solidários; são seres capazes de sentir e fazer sentir, afetar e serem afetados. Em suas existências de vida, os seres experienciam o cuidado e a necessidade de fazê-lo, a preocupação e responsabilidade de cuidar com/de outros numa co-relação mutuamente cuidativa.

Erdmann (1996) acrescenta dizendo que, os humanos são seres de relações e também de interações sociais e com o meio ambiente em que estão inseridos, que cuidam e são cuidados, co-participes nas relações múltiplas de cuidado, ativa ou passivamente. São seres que, no relacionamento com o outro, desenvolvem a interação e a troca de experiências, são seres de interdependência que necessitam vivenciar momentos de troca com o outro para seu crescimento e realização pessoal. Nessas relações eles cooperam, competem, colaboram, contribuem, exploram. E também, agem, reagem, interagem, pertencem, associam-se, partilham, interdependem, ajudam-se, trocam experiências/energias, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo a harmonia conflitual.

As relações entre os seres da natureza vivem/sobrevivem na presença de cuidado. O ser de cuidado quando reconhece/sente/percebe o cuidado no seu meio de relações, conseqüentemente desenvolverá/processará a mesma atitude de valor. É necessário existir envolvimento e sentimento de pertença numa relação para que aconteça o cuidado, para que se possa realizar/manifestar/retribuir, ser e sentir-se cuidado.

Boff (2003, p.85-86) elucida que

a vida e o jogo das relações só sobrevivem se forem cercados de cuidado, desvelo e atenção. A pessoa se sente envolvida efetivamente e ligada estreitamente ao destino do outro e de tudo o que for objeto de cuidado. Por isso, o cuidado provoca preocupação e faz surgir o sentimento de responsabilidade.

O cuidado, neste estudo, coexiste com/nas relações humanas. Dessa forma corroboro com Boff (2003) quando afirma que o cuidado é a essência do ser humano, seu modo de ser-no-mundo e com os outros seres, que relaciona o ser humano com outros e outras coisas. Em sua obra Saber Cuidar (2002) o autor explica que ser-no-mundo implica em ser mais que apenas um ser geográfico, em determinado espaço do planeta, e sim, uma forma de existir e de coexistir, de estar presente, de relacionar-se com as coisas do mundo. Na coexistência, na convivência, no jogo de relações ele constrói o seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade – a si mesmo.

Assim, as relações de cuidado, de si – pessoal – profissional, do outro – cliente – paciente – amigo – familiar – colega, “do nós” – coletividade de relações estão interligadas, quando é necessário cuidar de si para cuidar do outro, para que o outro tenha, também, condições de cuidar dele, de mim, de outro – o cuidado “do nós”, culminando em relações múltiplas de cuidados e de significados em diferentes dimensões de cuidado.

Nas relações estabelecidas participam os seres cuidadores e os seres que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima dos que são cuidados que formam um elo de ajuda mútua. Essas relações cuidativas ocorrem num espaço físico, social e político-institucional e são permeadas pela intuição, razão e lógica dos seres de cuidado que permitem as interações e relações múltiplas de cuidado (ERDMANN, 1996).

Os participantes deste estudo participam ativamente das relações de cuidado na sua prática profissional. Nessas relações se relacionam consigo mesmo e com outros caracterizando dimensões diversas de cuidado em um espaço físico e social e político-institucional.

4.2 CUIDADO DE SI

Cuidar de si é entendido como cuidar do eu – ser humano na condição individual e profissional, relacionando e integrando fatores e valores sociais, ambientais, culturais, formativos, religiosos e outros adquiridos, aprendidos, apreendidos e cultivados durante a sua existência. A interação/integração/associação do ser humano com a realidade e o mundo que em que vive determina a intersubjetividade, o significado do cuidado de si. Conviver saudavelmente os conflitos que permeiam o cotidiano, as experiências de equilíbrio/desequilíbrio, harmonia/desarmônia, organização/desorganização do todo e das partes constituem o cuidado de si. O cuidado de si envolve a promoção de condições saudáveis de viver nas quais o ser humano cuida de si e sente-se cuidado por si na sua complexidade humana, seja o cuidado biológico, social, cultural, espiritual...

4.3 CUIDADO DO OUTRO

O cuidado do outro compreende preocupação, zelo, proteção, solidariedade ao ser cuidado; implica em cuidar com empatia e sensibilidade entendendo/percebendo/desenvolvendo o cuidado humano ao outro considerando a complexidade deste ser. Cuidar do outro envolve a valorização dos aspectos biológicos, sociais, culturais, espirituais do outro ser humano de interação seja o cliente/paciente, familiar, colega, amigo, pai, mãe, esposo(a), filho(a) e outros, que constitui uma trama complexa de relações humanas de cuidado.

4.4 CUIDADO “DO NÓS”

O cuidado “do nós” é representado pela inter-relação/interação/integração/associação de cuidado entre os seres envolvidos mutuamente. O cuidado “do nós” culmina numa troca mútua de cuidados, na qual eu preciso cuidar antes de mim para poder cuidar do outro, cuidando do outro sinto o cuidado processar em mim mesmo, o outro precisa sentir-se cuidado para processar o cuidado a outros e a si mesmo num processo circular cuidativo/integrativo entre os seres de cuidado envolvidos. O cuidado “do nós” representa/manifesta a convivialidade cuidativa e é manifestada pelo envolvimento/reciprocidade/interação/integração/associação/relação de todos os seres humanos envolvidos, ou seja, o cuidado do todo depende de cada uma das partes (individual) e o cuidado de cada parte depende do cuidado do todo (coletivo), cada um fazendo sua parte, seu cuidado, interligando o cuidado, sendo co-partícipe do seu cuidado, do cuidado do outro e o cuidado coletivo – “do nós”.

4.5 ENFERMAGEM

A enfermagem é a profissão que habilita o profissional através de suas competências, responsabilidades e aptidões inerentes à profissão para realizar o cuidado aos seres humanos considerando a multidimensionalidade e totalidade do ser. Corroboro com Waldow (1998b, p.62) quando discorre sobre a enfermagem

como “uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais”.

Relacionam-se nesta área profissional os profissionais na categoria de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Ou seja, ao fazer-se referência ao profissional da enfermagem reporta-se aos sujeitos pertencentes a ela seja o enfermeiro, o técnico ou o auxiliar de enfermagem.

A enfermagem, através dos membros que a compõem, estabelece relações múltiplas de cuidado nas diferentes dimensões no seu ambiente profissional. As relações de cuidado possibilitam a interação e integração entre os seres envolvidos, favorecendo as trocas.

Como profissão, a enfermagem, além do conhecimento científico, das competências técnicas e da responsabilidade social com o ser cuidado, possui um compromisso maior, o cuidar como forma de viver, de se inter-relacionar, de conviver, de desenvolver o cuidado de si, do outro e “do nós”.

4.6 PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Tem a capacidade técnica e humanística de cuidar do outro de também de si mesmo, e na circularidade cuidativa, estabelecer o cuidado “do nós”. O profissional de enfermagem nesse estudo será o profissional enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, habilitado pela sua formação e pelo seu registro profissional para prestar serviços/cuidados de enfermagem de acordo com a competência profissional.

4.7 PROCESSO EDUCATIVO/REFLEXIVO/INTERPRETATIVO

O processo educativo/reflexivo/interpretativo possibilita a problematização das relações de cuidado de si, do outro, “do nós” junto com os profissionais de enfermagem, instigando, questionando, discutindo, re-pensando o tema a fim de transformar/melhorar a realidade que os cerca; permite problematizar a realidade

profissional e individual, refletindo e analisando criativamente as próprias ações e as em comum na prática do cuidado seja de si, do outro e ou “do nós”.

O processo educativo/reflexivo/interpretativo incita a reflexão, o pensar e o analisar o cotidiano em que se desenvolve o cuidado, considerando as condições ambientais, culturais, sociais em que o mesmo ocorre, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir e, conseqüentemente, impelir novas e melhores práticas de cuidado de si, do outro e “do nós”.

Todavia, o processo educativo/reflexivo/interpretativo consiste num espaço para a reflexão coletiva dos profissionais de enfermagem em torno dos significados que envolvem as relações de cuidado de si mesmo, do outro, enquanto ser humano que interage com outro ser humano no ambiente assistencial, e do “nós”, no sentido da comunhão do cuidado entre os seres humanos envolvidos.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO NO COMPASSO DA ÉTICA

O estudo se caracteriza como qualitativo - interpretativo desenvolvido através encontros, denominados de oficinas.

Conforme Minayo (2006), a pesquisa qualitativa se preocupa com a resposta a questões particulares, vislumbrando desvelar uma realidade que não pode ser quantificada; trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos ou fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.

Este estudo se caracteriza como qualitativo dada a interação da enfermeira mestranda com os participantes do estudo para a apreensão dos significados expressos em seus depoimentos durante a realização das oficinas. A análise sistemática do conteúdo das falas dos participantes, segundo Minayo (2006), e a correlação com o universo pesquisado apontam o caráter interpretativo em questão.

Os participantes do estudo foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de uma unidade clínico-cirúrgica de um Hospital Universitário da região Sul do país. Contou-se com a participação de dez profissionais.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o número 266/07 (ANEXO 1), e pelo Centro de Pesquisa em Enfermagem do hospital, que autorizou sua implementação.

Os participantes autorizaram sua participação voluntária nas oficinas que integralizaram este estudo após o esclarecimento dos objetivos e da metodologia proposta, de acordo com a disponibilidade de tempo dos mesmos e disposição para contribuir com a experiência.

Foi assegurado o direito de retirarem o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem nenhuma penalização ou prejuízo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), que resguarda a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela enfermeira

mestranda. Contudo, os participantes têm assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais do estudo, sendo-lhes garantido o direito de confidencialidade e anonimato.

O cronograma para a realização das oficinas foi definido junto com os profissionais de enfermagem participantes após apresentação da proposta de estudo.

A enfermeira gerencial da unidade clínico-cirúrgica disponibilizou em sua escala de serviço mensal suporte técnico para este período vislumbrando favorecer a realização das oficinas, sem prejuízo do andamento das atividades assistenciais e administrativas da unidade. Também foi acordado com quatro alunas do curso de graduação em enfermagem, em estágio supervisionado no período do estudo, para que assumissem provisoriamente o trabalho da unidade, nos momentos de realização das oficinas.

Assim, as oficinas que tinham como objetivo “compreender as relações de cuidado de si, do outro e “do nós” nas diferentes dimensões de cuidado” foram desenvolvidas na própria unidade clínico-cirúrgica, na sala de passagem de plantão e reuniões. Realizaram-se cinco oficinas no mês de outubro de 2007, no turno vespertino, uma vez por semana, com duração de uma hora aproximadamente, entre 15:00 e 16:00 horas.

As oficinas foram realizadas através de um processo educativo/reflexivo/interpretativo, tendo o pensamento complexo com eixo norteador das reflexões incitadas pela enfermeira mestranda. Cada oficina foi permeada de três momentos distintos, assim denominados:

- **“Preparando-nos para a oficina”** - Utilização de técnicas para incitar/induzir a reflexão pelos participantes do estudo, com atividades, por exemplo, de leitura de textos, artigos, dinâmicas de grupo, entre outras.
- **“Indo ao ponto X”** - Momento em que os temas das oficinas foram abordados com o objetivo de desenvolver a construção educativa e reflexiva sobre as relações de cuidado de si, do outro e “do nós”.
- **“Fechamento”** - Momento de avaliação da oficina pelos participantes e fechamento das questões abordadas.

Para o registro das falas dos participantes durante as oficinas utilizou-se de gravação em gravador digital de voz. E além do registro das falas, foi também realizado o registro de campo, na forma de anotações de campo, ou seja, a descrição dos eventos que não são expressos em palavras, mas em comportamentos, reações, atitudes manifestadas pelos participantes durante a realização das oficinas.

Para resguardar a identidade dos participantes, estes foram identificados com a letra “P” seguido do número ordinal correspondente às participações nas falas (ex.: P.1; P.2; P.3...). Nos diálogos, foi utilizado os nomes Fulana(o), Ciclana(o) e Beltrana(o) para não evidenciar os nomes dos profissionais, citados nas falas.

Assevera-se que as questões éticas, durante todas as etapas do estudo, estão em conformidade às diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (1996).

Para a análise do estudo foi utilizado o método de análise sistemática do conteúdo das falas dos participantes após a transcrição, leitura e releitura dos dados, que constituíram as unidades de significados, proposta por Minayo (2006).

A análise de conteúdo intenciona verificar hipóteses e/ou questões, visando descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, indo além do que está sendo comunicado. A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos que possibilitam a descrição e interpretação objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações (MINAYO, 2006).

Assim, primeiramente foi realizada uma leitura de contato dos dados coletados. Em seguida, foram realizadas várias leituras do mesmo material visando um maior aprofundamento das informações e, conseqüentemente, a busca dos significados das falas dos sujeitos.

Foram recortadas do texto as palavras-chave ou frases de significado que contemplavam significativa importância para a formação das unidades de registro ou unidades de significado. Posteriormente, as unidades de registro ou unidades de significado foram classificadas e agregadas, sendo então, definidas as categorias que comandariam as especificações dos temas (unidades temáticas).

Após a delimitação das categorias (unidades temáticas) foi iniciada a interpretação do material pesquisado. Esse processo analítico permeou todas as oficinas subsequentes.

O referencial teórico da complexidade e a revisão da literatura auxiliaram na interpretação dos significados emergidos – as unidades temáticas.

6 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Universitário (HU), instituição do estudo, foi fundado em 1980. Todavia, as obras de construção já haviam sido iniciadas na década de 60. Foi após intensa luta da área acadêmica e da comunidade junto às autoridades federais que a instituição universitária obteve recursos que permitissem sua inauguração, apenas em 02 de maio de 1980 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2008).

Atualmente, a instituição atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário. Caracteriza-se ainda como referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área oncológica e cirurgias de grande porte nas diversas especialidades. Por se tratar de um hospital escola, promove articulação entre ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à saúde, sendo um hospital totalmente público, ou seja, presta serviços gratuitos à população (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2008).

O Hospital Universitário (2008) possui 268 leitos e disponibiliza aos seus pacientes tratamentos clínicos e cirúrgicos, serviços de Obstetrícia/Alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva do adulto e Neonatal, Emergência adulto e pediátrica, Ginecologia e um Centro de Tratamento Dialítico.

O corpo clínico do HU é constituído por professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica. O HU conta hoje com um efetivo de 1279 funcionários, sendo em seu corpo funcional composto por aproximadamente 600 trabalhadores, entre os quais 136 enfermeiros, 391 técnicos e auxiliares de enfermagem, 37 auxiliares de saúde, 16 escriturários, 01 maqueiro e 07 instrumentadores cirúrgicos. Entre os trabalhadores, vários já contam com cursos de especialização, mestrado e doutorado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2008).

A unidade clínico-cirúrgica, local do estudo, possui 26 leitos e 32 funcionários da enfermagem, sendo 8 enfermeiros e 24 profissionais de nível médio. No turno vespertino atuam em média 5 profissionais, entre auxiliares e técnicos, e mais 2 enfermeiros.

7 IMPLEMENTANDO A METODOLOGIA PROPOSTA E APRESENTANDO OS RESULTADOS

Será apresentada a seguir a descrição das cinco oficinas que constituem este estudo, contemplando os três momentos distintos. Cada oficina elucidará os resultados emergidos do processo educativo/reflexivo/interpretativo, em categorias e subcategorias.

7.1 OFICINA I – INTERAGINDO EU, VOCÊ, NÓS

A oficina com o tema **interagindo eu, você, nós** (Apêndice 2) foi a primeira das cinco realizadas junto aos profissionais de enfermagem, seguindo distintamente, três momentos, que se integram no decorrer do desenvolvimento das oficinas.

No momento inicial, denominado **“Preparando-nos para a oficina”**, a enfermeira mestranda procedeu a sua apresentação, a explicação dos objetivos do estudo e a metodologia proposta, em forma de oficina educativa/reflexiva/interpretativa, a ser realizada junto aos profissionais.

No momento seguinte, denominado **“Indo ao ponto X”**, os participantes realizaram as suas apresentações individualmente e emitiram opinião sobre a proposta do estudo e dinâmica de oficina educativa/reflexiva/interpretativa apresentada. As falas não foram registradas por motivo de ainda não possuir o consentimento para tal fim. A enfermeira mestranda procedeu ao esclarecimento de dúvidas quanto ao processo e buscou conhecer as expectativas dos participantes quanto à proposta apresentada.

No último momento da oficina, denominado **“Fechamento”**, os participantes, após concordarem em participar voluntariamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Para finalizar esse momento, os

participantes organizaram o cronograma das oficinas junto com a enfermeira mestranda, de forma participativa, estabelecendo-se conforme a disponibilidade e a escala de trabalho dos participantes, quatro encontros a partir deste, uma vez por semana, em datas programadas nesta oficina. Salienta-se que não houve necessidade de alterações no cronograma dos encontros, nem das oficinas previamente planejadas.

Percebeu-se, inicialmente, pouca credibilidade pelos participantes na proposta apresentada, mas, em contrapartida, demonstraram-se colaborativos e não houve recusa ou desistência por nenhum membro do grupo.

7.2 OFICINA II – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DE SI DO “EU - SER HUMANO” E DO “EU - PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A segunda oficina com o tema **refletindo o significado do cuidado de si do “eu - ser humano” e do “eu - profissional de enfermagem”** (Apêndice 3) ocorreu após uma semana da primeira, conforme planejamento prévio junto com os participantes.

No primeiro momento, da segunda oficina, denominado **“Preparando-nos para a oficina”** procedeu-se a entrega do roteiro de discussão baseado no Princípio da Incerteza de Edgar Morin (2000; 2006) para incitar a problematização e reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre o significado do cuidado de si do “eu – ser humano” e do “eu – profissional de enfermagem”.

Salienta-se que o roteiro de discussão baseado no Princípio da Incerteza de Edgar Morin, norteou, conforme adaptação dos pronomes (eu, tu, nós), todas as oficinas seguintes.

No momento seguinte, denominado **“Indo ao ponto X”**, a enfermeira mestrandia conduziu o pensar reflexivo pelos profissionais de enfermagem para a compreensão do tema proposto, a partir do pensamento complexo – Teoria da complexidade, balizado pelo Princípio da Incerteza, buscando relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente os campos: pessoal e profissional do “eu – ser humano” e do “eu – profissional de enfermagem”.

Finaliza-se a segunda oficina com o momento **“Fechamento”**, quando se avaliou se o “eu – pessoal” e o “eu – profissional” estão, a partir da reflexão realizada pelos profissionais de enfermagem, relacionados/integrados/interados/associados ou não.

Desta oficina emergiram seis categorias e respectivas subcategorias, que serão apresentadas seguir:

7.2.1 Conflito e dicotomia no discurso do cuidado do “eu – ser humano” e do “eu – profissional”;

7.2.2 Profissional de enfermagem como eu – robô;

7.2.3 Dimensões do cuidado de si – ser humano/profissional, tendo como subcategorias:

7.2.3.1 Dimensão de cuidado espiritual;

7.2.3.2 Dimensão de cuidado biológico, físico e estético;

7.2.3.3 Dimensão de cuidado social que relaciona e integra os seres;

7.2.3.4 Dimensão de cuidado do “eu – profissional”;

7.2.3.5 Dimensão de cuidado cognitivo.

7.2.4 O sistema/serviço de saúde na ótica dos profissionais e a implicação para o cuidado de si;

7.2.5 Formação e prática: condicionantes do autocuidado/automedicação;

7.2.6 Descuidando de si, sendo cuidado e cuidando do outro.

7.2.1 Conflito e dicotomia no discurso do cuidado do eu – ser humano e do eu – profissional

Infere-se, a partir dos dados, que o “eu – pessoal” e o “eu – profissional” se contrapõem no processo dialógico dos participantes, em alguns momentos; ora estão distintos e antagônicos, ora interligados e complementares na prática do cuidado do “eu – pessoal” e do “eu – profissional”, como se pode constatar nos dados da segunda oficina.

O processo dialógico ocorre no refletir e pensar sobre as diferentes lógicas, atingidas a partir da influência entre seres no processo relacional. A relação, a troca e a interação entre participantes promovem a aglutinação de várias idéias, pensamentos, princípios, contraditórios e ou complementares, que consequentemente promovem ou instigam a busca de uma verdade pelo próprio eu.

O diálogo é estabelecido pelo movimento e circularidade de idéias racionalmente estabelecidas, em dado momento e espaço, ao mesmo tempo antagônicas e complementares entre si. Assim, “a dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo” (MORIN, 2000, p.96).

Os participantes, no movimento dialógico, denotam ora a possibilidade de separar o “eu – ser humano” do “eu – profissional” ora a dificuldade para separar o “eu – ser humano” e o “eu – profissional”. Contudo, ambos constituem um único ser, indivisíveis seja na vida privada seja na vida pública.

No relato a seguir o profissional da enfermagem manifesta que é possível dissociar o “eu – ser humano” do “eu – profissional”.

Eu acho que separa [...] como a gente trabalha num ambiente muito estressante, às vezes a gente sem querer separa... Por exemplo, às vezes tem um paciente que tá muito grave, tu não quer te envolver muito. Acho que tu é mais profissional do que ser humano [...] (P.4).

Entende-se que ao tentar separar o privado do público, o “eu – ser humano” do “eu – ser profissional”, os profissionais manifestam a intenção de cuidar do próprio eu. Acreditam os profissionais que, ao separarem a relação com o outro (“eu – ser profissional” do “eu – ser humano”), agindo apenas como profissional, poderão evitar o envolvimento e o sofrimento que pode advir quando o outro se encontra gravemente enfermo ou quando ocorre a perda pela morte ou pelo retorno para casa. Contudo, conforme Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006), tal atitude não condiz com as recomendações encontradas na literatura e que reforçam a importância do envolver-se com o outro como modo de expressar amizade e solidariedade.

Outro profissional, em falas distintas, afirma que ambos (“eu – ser humano” e o “eu – ser profissional”) estão interligados e são inclusive inseparáveis, pois fazem parte do mesmo ser humano, que é único e indivisível. Assim, na condição apresentada não há um (“eu – ser humano”) sem o outro (“eu – ser profissional”).

[...] Na minha opinião um tá embutido no outro...eu sou Fulana, eu me vejo como um ser humano que aqui eu sou enfermeira [...] uma coisa não deixa de interferir na outra, eu acho que eu sou ser humano num todo. Aqui eu desempenho uma atividade e lá fora eu desempenho outra, mas o conjunto é isso. Eu não consigo dissociar (como profissional e como ser humano) (P.7).

[...] tu não consegue separar (o eu-ser humano do eu-profissional), não tem como, é complicado [...] às vezes tu tá em casa [...] ou tá vindo para o trabalho, e tá pensando: será que seu Fulano tá melhor hoje? Será que foi alguém de alta? (P.7).

Na verdade, os dois estão super integrados, só que a gente tem que dosar, neste momento eu não posso ser só profissional ou só

humano, mais profissional ou mais humano, eu não vejo separado, eles estão integrados (P.7).

Assim, no movimento e circularidade do cuidar/cuidado, o envolvimento do “eu – ser humano” e do “eu – ser profissional” com o cliente se processa naturalmente. No ir e vir dos depoimentos constata-se a unidualidade dos seres humanos e profissionais que se envolvem mutuamente com os seres cuidados, sem distinguir claramente quando cuidam enquanto profissionais ou enquanto seres humanos, o que configura a impossibilidade de divisão, ou seja, de serem divíduos/divisíveis na relação com o outro. O “eu – ser humano” e o “eu – ser profissional” são em sua unidade/multiplicidade indivíduos singulares e plurais, portanto, coesos.

[...] às vezes a gente não percebe o quanto de nós mesmos, do eu [...] está embutido em cada atitude nossa aqui dentro, né? Que não dá para separar o ser profissional do ser humano, que está interligado, que em cada atitude nossa a gente tá botando um pouco do profissional e um pouco do ser humano (P.7).

Acaba se envolvendo sim. Aí a gente muitas vezes sai do profissionalismo e acaba como se fosse uma da família, outro sentimento. Eu, por exemplo, me envolvo muito com o paciente porque eu chego e daqui a pouco a gente tá falando assunto até de dentro de casa... já acaba conversando até sobre filhos. Então tem hora que você se envolve muito com o paciente (P.1).

Não dá pra separar 100% o profissional do pessoal, do eu. Eles caminham meio que juntos. Tem momentos que um fica um mais prum lado e o outro fica mais evidente, mas tá ali (P.6).

[...] quando o paciente fica um longo tempo de internação [...] a gente cria, realmente cria um vínculo, né? [...] Tu tá vendo àquela pessoa todos os dias, às vezes vendo o sofrimento, num dia tá bem, tá alegre, no outro dia tá chorando de dor. E assim, tu fica naquela, tu acompanha na dor. [...] quando a gente vê realmente a evolução da paciente [...] é bom, mexe com a gente [...] dá uma sensação boa, dá emoção assim de ver assim a pessoa sair do jeito que ela tava e agora indo (para casa) [...] (P.8).

Ao retratar a condição do trabalhador de enfermagem enquanto “eu – ser humano” e “eu – ser profissional”, na particularidade deste(s) ser(es), em situações de conflitos sejam de ordem pessoal ou profissional, emergem relatos que denotam a preocupação em não deixar os problemas e ou intercorrências de âmbito pessoal

interferirem ou comprometerem o cotidiano laboral – o cuidado do outro, principalmente. Como manifestam os participantes:

[...] a gente procura deixar em casa, né? (P.1).

[...] tu tá com um problema em casa e não deixar esse problema interferir com o teu cuidado, com o teu paciente. Porque às vezes, tu, sei lá, discutiu com o marido e vem aqui e quer descontar a raiva numa pessoa que não tem nada a ver, vai lá e cuida mal. Tu tem que saber separar (P.3).

O problema que ficou lá fora tu não apaga, tem que saber trabalhar com aquilo e não trazer o problema, e, dizer eu não estou bem... e chegar e descarregar a minha raiva, a minha gana em cima do paciente e até do colega de trabalho, né? [...] Eu acho assim, que todos nós temos problemas, só que a gente não pode querer jogar em cima do outro esse problema que a gente trás de lá (de casa) (P.1).

Evidencia-se neste estudo, como no já realizado por Baggio (2004), que para os profissionais de enfermagem há dificuldade ou mesmo impossibilidade em dissociar a vida pessoal da profissional e vice versa, pois como seres humanos, estes indivíduos estão em constante interação com o ambiente e com outros seres e a todos os aspectos que os circundam.

Os participantes evidenciam a preocupação em não deixar que os problemas e ou intercorrências de âmbito pessoal interfiram ou comprometam o cuidado do outro. Porém, o contrário não fica tão evidente.

[...] o que acontece aqui, tu não levar para casa, eu acho mais difícil, porque às vezes tem situações que acontecem que tu fica super feliz. Por exemplo, nós tivemos a Fulana que foi super emocionante de ver ela caminhando no corredor, indo pra casa, feliz da vida. Tu não esquece! Como tem aqueles outros casos, da Beltrana, por exemplo, que tá aí a um tempão, a gente fica triste, às vezes ela tá mais alegre, às vezes ela tá mais desanimada e a gente acaba se envolvendo... Se ela tá triste, a gente fica triste junto, se ela tá animada, se anima junto, né? Então é complicado assim de separar as coisas (P.3).

E também, tem dia que a gente pega situações de estresse, de urgência... o dia que seu Fulano passou mal, eu fui para casa e eu tava elétrica ainda, numa adrenalina, tava taquicárdica. De noite, eu cheguei em casa, eu queria falar, eu não sabia se queria chorar, a adrenalina continuava e, não sei nem o que que era assim, mas a preocupação, a ansiedade. Sendo que já aconteceu, que já tá em casa, já tá tudo bem, mas tu fica pensando no que poderia ter sido se tu não tivesse feito isso, se não tivesse dado tempo (P.7).

Às vezes interfere até no meu sono, se ta muito agitado, se tem paciente muito grave, eu vou pra casa e fico: Fulano ta assim, Ciclano ta assado, e às vezes não consigo relaxar e descansar, dormir. Ou então se eu durmo, fico sonhando a noite inteira assim, né? Parece que eu tô trabalhando (P.8).

Shimizu e Ciampone (2002) manifestam que em virtude do vínculo mantido, do envolvimento com os clientes, os profissionais da enfermagem não conseguem afastá-los dos seus pensamentos mesmo estando fora do trabalho, fato que se evidencia também nos relatos dos participantes deste estudo.

Se por um lado o envolvimento é estimulado, por outro ele pode acarretar interferências negativas na vida pessoal e privada do profissional de enfermagem, podendo desencadear inúmeros sentimentos preocupações que abalam a vida fora do trabalho.

O estudo em questão teve a participação de profissionais que atuam em unidade clínico-cirúrgica, no cuidado do adulto. Contudo, uma das participantes que atua nesta unidade também exerce atividades de enfermagem em outra instituição hospitalar, no cuidado de crianças. O envolvimento da enfermagem não ocorre apenas com a criança, mas também com a família.

Conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 12, o ECA dispõe que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.12). Portanto, o profissional ao desenvolver em suas atividades laborais o cuidado a crianças agrega também os pais e ou responsáveis na relação, condição esta que possibilita o envolvimento afetivo e emocional mais amplo.

A gente, às vezes, acaba se envolvendo, né? E tu leva pra fora do hospital, tu acaba levando, não tem como, né? [...] quando o paciente fica muito tempo [...]. Eu trabalho com criança também, e, é complicado tu vê o sofrimento da família. Tu não podes tratar só a criança, ali ta o pai ta a mãe... Tenta não se envolver muito porque é complicado mesmo. Criança com câncer, tu sabe ali que tem muitos que não, né...? Que não vai sair! A família, eles questionam muito, perguntam pro médico, pra a enfermeira, cada um que chega eles perguntam a mesma de coisa, pra ver se todo mundo fala a mesma coisa... Às vezes até para eles se convencerem, né? (P.2).

A criança com câncer é diferenciada das demais pelo aspecto crônico da doença que implica em múltiplas internações de longa permanência na instituição hospitalar requeridas para o tratamento. Esta condição implica também à criança a “separação da família, auto-imagem lesada, perda das atividades recreacionais, podendo apresentar reações de agressividade, depressão e ansiedade, gerando traumas para toda a família”. À equipe de enfermagem esta condição implica no estabelecimento de vínculo afetivo com a criança e a família (MELO; VALLE, 1998, p.327).

Os profissionais de enfermagem como seres humanos que são, possuem emoções e sentimentos, característicos da sua condição humana. As implicações acima apontadas favorecem o envolvimento afetivo e emocional com a criança e a família, e os profissionais de enfermagem para evitarem o sofrimento da perda (morte) acionam os mecanismos de defesa individuais que acreditam ser necessários para impedir que o sofrimento seja ainda maior.

Após atingir o consenso pelos profissionais de enfermagem que o “eu – ser humano” e o “eu – ser profissional” estão interligados na constituição de um único ser, são apontadas algumas situações, que segundo os profissionais, exigem condutas mais profissionais, porém não menos humanas no cuidado do outro.

[...] na técnica, numa coisa rápida ali, tu vai faz, se concentra naquela técnica [...] tu sabe que é incômodo, realmente vai doer (P.1).

Em todo momento a gente atende ele (o outro) como ser humano, mesmo na hora da técnica, quando tu pensa assim, ó dói! Tu já vai pensando como ser humano. Se coloca no lugar dele. Se fosse simplesmente uma técnica: ah, eu vou lá e vou fazer e pronto! Não pensasse que dói. Aí sim seria sem ser humano, mas não tem como. [...] precisa ter essa sensibilidade também. Não ta mexendo com um boneco... com uma coisa sem vida (P.8).

O que impulsiona a gente a fazer, a coragem, a ação é pensar muito no profissional [...] até mesmo numa situação de emergência, o que leva a gente partir para a ação, né? (P.9).

Em algumas situações, um pouco mais pessoal e outras, o profissional (P.2).

[...] para colher uma gasometria. Tu sabe que o paciente vai sentir dor, mas tu tem que ter coragem pra aquilo, parece que tu te imbuí de uma função... Se tu vais conversar com o paciente e ele começa a chorar, tu já não consegue ser profissional, tu vai colocar o teu ser, o teu eu naquela hora.... tu vai se igualar a ele pra atender ele naquela hora... (P.9).

Percebe-se nas falas dos profissionais uma aproximação entre razão e emoção no desempenhar o cuidado do outro, de modo que as ações exercidas afetam o outro e da mesma forma os afetam, justamente por serem seres de emoção e sentimento, embora em algumas situações precisem atuar com a razão. A realização de técnicas (principalmente as que exigem concentração) e o atendimento do cliente em condição de gravidade (em urgências e emergências) são algumas situações em que ocorre a necessidade do uso da razão, mais do que da emoção. Assim, mesmo atuando com a racionalidade que o momento exige, ocorre a razão sensível que confere ao profissional a capacidade de colocar-se no lugar do outro.

Corroborar-se com Becker (2004, p.33) quando afirma sobre a consciência do eu do cuidador de enfermagem na relação com outros, que:

em existindo e interagindo com outros, o ampliar da consciência do Eu do cuidador de enfermagem lhe possibilita um melhor cuidar, uma vez que favorece a relação empática entre ele e o Ser cuidado, na medida em que, com sua autenticidade percebe-se e percebe o paciente como seres dotados de sentimentos, emoções e sobretudo como seres finitos.

Dessa forma, a consciência do “eu – ser humano” e do “eu – ser profissional” de enfermagem, nas múltiplas dimensões do cuidado do outro, confere ao profissional o entendimento de ser na vida privada e pública, um ser único, indivisível e autêntico; de sensações, emoções e sentimentos, capaz de sentir e fazer sentir na relação com o outro, portanto, um ser de empatia.

Segundo Takaki e Sant’Ana (2004, p.83) “a empatia é uma habilidade que poderá ser desenvolvida pelo profissional a partir de sua sensibilidade, respeito, apreciação dos sentimentos do outro. Implica ainda em autoconhecimento”. Assim, denota-se a necessidade de o profissional de enfermagem conhecer-se a si mesmo, tendo claro entendimento das dimensões do “eu – ser humano” e do “eu – ser profissional” e os significados que elas atribuem à sua vida e ao ser próprio ser para também poder colocar-se no lugar do outro.

7.2.2 Profissional de enfermagem como eu – robô

Os profissionais de enfermagem discorrem sobre a robotização do profissional nas diferentes dimensões: do trabalho, do cuidado de si e do outro.

No que tange à dimensão do trabalho em enfermagem, este é considerado pelos profissionais como uma tarefa robotizada, comparada a uma máquina, quando relacionado às atividades tecnicistas que são realizadas sobremaneira, diariamente. Reside, ainda, a insatisfação por não receber a valorização almejada, inclusive financeiramente.

O pessoal da enfermagem se torna uma máquina... que vem trabalha e às vezes não consegue olhar para o lado... só quer olhar para frente e trabalhar, trabalhar e acha que muitas vezes não é valorizado, não tô falando só financeiramente não, em tudo assim, em geral (P.1).

Percebe-se que o participante sente-se angustiado quando compara a sua atividade profissional a uma máquina, se sentindo robotizado. Como se acionasse o botão “liga” e “desliga” de um aparelho funcional, ou seja, como se ao adentrar na unidade de trabalho ligasse o botão de partida das atividades e, sem perceber o todo, vai desenvolvendo, sem parar, as funções que lhe são inerentes enquanto trabalhador e, ao findar seu período de trabalho, este profissional desligasse o mesmo botão, encerrando as atividades naquele dia.

O relato retrata não apenas o sentir-se desvalorizado enquanto ser humano pelo(s) outro(s), mas também desvalorizado enquanto profissional, ao desempenhar suas atribuições.

Infere-se que olhar apenas a parte (a sua parte) de um sistema de trabalho não tendo a percepção e a compreensão do todo, não possibilita ao profissional a consciência do cuidado multidimensional, nem do outro, nem de si mesmo. Morin (2000) refere que vivemos em um mundo de incompreensão quer entre estranhos ou conhecidos, tornando os seres de relação fechados em si mesmos, em seus conhecimentos, valores, sentimentos, angústias, alegrias. Neste estudo poderíamos considerar desvalorização como incompreensão das necessidades e valores do outro.

Morin (2000) enfatiza que a compreensão (ou a valorização - atribuição da autora) humana é possível quando o próprio sujeito sente-se, concebe-se (valoriza-

se) enquanto sujeito de valor, facilitando a abertura para relações humanas e, conseqüente valorização do próprio eu e também do outro. O sujeito que se valoriza e valoriza o outro em suas relações obterá o reconhecimento, a valorização e a compreensão, necessária e importante, pela coletividade.

Baggio (2004) evidencia, em estudo com profissionais de enfermagem, a insatisfação com a remuneração dos serviços prestados, entendida, na maioria das vezes, como insuficiente para suprir adequadamente os anseios e necessidades dos trabalhadores acarretando, dessa forma, o sentimento de desvalorização.

O sentimento de desvalia no trabalho da enfermagem também advém do seu próprio fazer, como aponta a fala a seguir:

Eu não quis falar do robô, da máquina no sentido de frieza. Que o robô, a máquina, na verdade, ele não tem sentimento. [...]. O robô, ele tá direcionado ao trabalho [...]. Muitas vezes a gente acha, ó meu Deus, hoje trabalhei igual uma máquina. [...] A gente trabalha, trabalha, depois faz igual à doméstica: meu Deus o que que eu fiz? Não fiz nada! Mas, no entanto, o trabalho te consumiu o tempo inteiro (P.1).

O profissional manifesta sentir-se igual a uma máquina no desenvolver das suas atividades laborais, que consomem todo o seu tempo, porém, como o próprio ser avalia: sem conseguir refletir e pensar o que está fazendo. Dessa forma, reporta-se ao estudo de Matos e Pires (2002), quando aludem que o fazer continua sendo o motor principal da enfermagem, principalmente dos trabalhadores de nível médio, carregado de normas, rotinas e realização de tarefas fragmentadas. Permanece, dessa forma, o profissional, alienado ao trabalho objetivo, visto que são poucas as iniciativas que buscam a subjetividade e a participação ativa e reativa no processo laboral do cotidiano da enfermagem.

O profissional quando alude sobre o trabalho doméstico – da doméstica – não está desmerecendo a profissão, nem mesmo o profissional que a executa, e sim equiparando-se a sua prática que, cotidianamente, desenvolve praticamente as mesmas atividades rotineiras do cuidado com a casa. E a enfermagem, igualmente, está atrelada à rotinização em muitas de suas atividades laborais cotidianas.

Na dimensão do cuidado de si, da máquina humana, como denominam os profissionais, manifesta-se o descaso com o próprio cuidado quando equiparado a

uma máquina, que não é assistida por revisão periódica e que recorre à assistência apenas na presença de um problema danoso.

Se tu te ver como uma máquina, uma máquina na verdade, a gente quase não cuida, fica lá. Só vai cuidar quando ela dá problema. Aí, quando der problema com a máquina, aí sim tu vais cuidar, vai ver o que ta acontecendo com ela. E é assim que no fim a gente acaba fazendo com a gente, a gente vai trabalhando, trabalhando, cuidando do outro e a gente só vai lembrar da gente quando tiver alguma coisa errada com a máquina, quando tiver alguma dor... (P.8).

Este estudo corrobora o de Baggio (2004), cujo cuidado de si parece, conscientemente, negligenciado ou pouco valorizado pelo profissional de enfermagem que cuida do outro no seu cotidiano.

Consciente de que não se cuida, o profissional afirma que pouco se lembra em realizar o cuidado de si, mesmo enquanto cuida do outro, manifestando que a dor pode ser o sinal de que a máquina humana requer cuidados. Assim, como apontado por Baggio (2004), mesmo sendo do conhecimento dos profissionais a necessidade de realizar avaliações da saúde física periodicamente, com vistas a prevenção primária de doenças, esta prática é realizada por poucos.

Na dimensão de cuidado do outro – cliente, o profissional compara-se a um robô quando utiliza-se do não envolvimento afetivo ou o evita como mecanismo de defesa pessoal para obstruir sentimentos e sensações desagradáveis advindas da prática do cuidado próximo/direto, como aponta:

Mas também tem a questão de tu ser robô [...] até pra ti não se envolver assim, com o paciente ...tu tem medo assim, até de ficar no cuidado, né? (P.2).

Quem cuida e envolve-se com o outro em seu cotidiano está susceptível a experienciar as trocas, associações e interações positivas advindas da relação estabelecida com o ser cuidado. Todavia, está susceptível também, a vivenciar sentimentos desagradáveis que lhe causam algum sofrimento.

Conforme Baggio (2004), os profissionais interpõem barreiras na relação de cuidado, ou seja, evitam o envolvimento com o outro – cliente para minimizar ou anular o sofrimento pela perda (morte), limitando a atitude de cuidar. Cabe salientar,

também, que a alta hospitalar também pode ser considerada perda, já que os vínculos e os laços estabelecidos são rompidos.

Pitta (1999), ao assinalar alguns mecanismos de defesa, aponta a fragmentação da relação técnico – paciente como uma relação na qual o profissional evita um contato muito próximo ao ser cuidado, como meio de se defender da própria dor e sofrimento diante de situações críticas, pois o não envolvimento afetivo nessa relação evita o sofrimento com a dor ou a perda do outro.

Olinisk e Lacerda (2006, p.101) fazem alusão aos mecanismos de defesa ou enfrentamento que os profissionais de enfermagem mobilizam internamente para sustentar condições do ambiente de trabalho, como as situações de risco de vida, o processo de morte e morrer, o sofrimento e a dor do outro conjuntamente com as agitações vividas na vida cotidiana. Por essas razões, o cuidador pode traduzir em suas ações “desinteresse pelo outro, agir mecanizado, não percepção do outro como ser humano, desvalorização do cuidado e de si como pessoa e profissional”.

Na dimensão de cuidado do outro, a capacidade de empatia e sensibilização com a dor do outro são imperativos para o cuidado humano. O profissional aponta em seu relato ser impossível cuidar do outro como uma máquina, ou seja, sem sentimentos e emoções. E, frente ao sofrimento do outro por conta de uma dor que não cessa, quando todas as medidas possíveis para sanar esta dor não foram eficientes e eficazes, o profissional sente-se impotente diante da situação, como infere a fala.

[...] É impossível tu dizer que vai lá e cuida como uma máquina. Tu chega a ficar chateado quando o paciente sente muita dor e tu já fez todas as medicações pra dor e não tem mais o que fazer e ele continua com dor [...] fica impotente diante da situação. Não tem como você ficar igual uma máquina: Ah, não! Ele tá sofrendo e eu não tô sentindo nada! (P.8).

Quando o cliente agoniza de dor estando dentro de uma instituição/organização como a hospitalar, que dispõe dos recursos necessários (pessoal e material) para a sua atenuação, e a dor não cessa, o profissional percebe a onipotência de um hospital desmoronar e exacerba sentimentos de fracasso e impotência que lhe causam intenso sofrimento.

Para Shimizu e Ciampone (2002), o profissional que acompanha o sofrimento do outro – cliente mobiliza sentimentos diversos, inclusive o sentimento de

compaixão para com o outro. Para as autoras, o vínculo entre o profissional e o cliente:

por um lado possibilita o prazer e permite a construção do sentido do trabalho que realizam, por outro, causa desgaste intenso e os expõe à uma grande quantidade de cargas psíquicas, pois os trabalhadores assimilam intensamente o sofrimento dos pacientes (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002, p.150).

Na dimensão de cuidado do outro, na morte, o profissional aciona os mecanismo de defesa individual para defender-se da dor e do sofrimento advindos desta perda. O sentimento de fracasso é inevitável quando todas as tentativas de resgate para salvar a vida e evitar a morte foram esgotadas. Contudo, segundo Baggio (2004, p.50), “em muitos casos, se esses mecanismos de defesa não forem utilizados, o profissional se tornará incapaz de desenvolver suas atividades” no cotidiano laboral.

[...] Às vezes, a nossa profissão faz a gente ser fria [...] tem momentos assim que tu não podes fazer nada [...] não tá no teu alcance. Então, tu torna-se uma máquina, né? Às vezes num óbito..., chegas ali, meu Deus, podia ter investido mais? Eu poderia ter feito alguma coisa que impedisse a morte? (P.1).

Ao relatar sentir-se “seca por dentro, como um robô, uma máquina”, a participante, mesmo com vários anos de profissão e atuação na prática com o cuidado ao outro, denota a dificuldade em lidar com o limite da vida – a morte. Após a morte constatada (o médico é responsável pela constatação formal e legal da morte) o sentimento de fracasso se manifesta e surgem questionamentos como: “Podia ter investido mais? Eu poderia ter feito alguma coisa que impedisse a morte” (P.1)

Tais questões dificilmente podem ser respondidas e permanecem latentes no âmago do ser. Seria injusto ou errôneo apontar que para presenciar a morte e realizar os cuidados pós-morte precisa estar o sujeito vestido de frieza, ou seja, despido de sentimentos.

Baggio (2008) assevera que a prática do cuidado a pessoas doentes, atrelado a vivência de perdas, dores, sofrimento e morte, expõe o profissional ao desgaste emocional. Manifesta que o trabalhador da enfermagem precisa conscientizar-se de seus limites e fragilidades, como atitude de cuidado.

Em razão de ser possuidor de sentimentos, ter limites e fragilidades, é que o profissional de enfermagem precisa utilizar mecanismos de defesa para efetuar os cuidados do corpo sem vida. Assim, a dimensão do cuidado do outro deve ocorrer também na morte, porém com o menor sofrimento e desgaste possível.

Também, como forma de defesa, Elias e Navarro (2006) dizem que, “os profissionais comumente referem-se à morte como “parada”, para evitar encarar a própria finitude. É uma forma escamoteada, negada ou silenciada de tratar a morte em todo o hospital.

Ribeiro, Baraldi e Silva (1998) inferem a morte em seu aspecto biológico e racional como um acontecimento cotidiano que completa o ciclo da vida, quando perpassa as etapas do nascer, crescer, envelhecer e morrer. Contudo, este acontecimento significa a quebra de um vínculo com o outro ser que não fará mais parte do cotidiano dos viventes.

Conforme Shimizu e Ciampone (2002), os profissionais de enfermagem, ao acompanharem o processo de morte do cliente podem projetar em seus pensamentos condições diversas relacionadas ao evento morte, como antever a própria morte, remeter a possibilidade do acontecimento com entes queridos (familiares, amigos) ou ainda suscitar a lembrança de pessoas significativas e que já morreram.

No cotidiano da enfermagem, apesar da morte e dos cuidados pós-morte serem rotineiros, é sempre uma situação indesejada, de intenso sofrimento para o ser cuidador por este ser capaz de envolver-se emocionalmente com o outro. Não obstante, a rotina dos cuidados pós-morte precisa ser cumprida.

[...] Depois vai fazer o cuidado com o corpo, né? Pós-morte. E daí, parece assim, que tu tá seca por dentro. [...] que a gente se coloca mesmo como um robô, uma máquina mesmo (P.1).

Vivenciar a morte do outro e realizar os cuidados pós-morte pode instigar a reflexão sobre a experiência vivida, desde o confronto com a morte à realização do preparo do corpo, pois cabem à enfermagem, na ocorrência da morte de um cliente, os cuidados pós-morte (preparo e empacotamento do corpo) em qualquer unidade hospitalar. Corroborando com as assertivas acima, Ribeiro, Baraldi e Silva (1998, p.4), afirmam que:

[...] os profissionais da equipe de Enfermagem ficam envolvidos com os seus afazeres técnicos durante o preparo do corpo pós-morte, sendo tocados por sentimentos e emoções variados, onde o vínculo com o paciente e o tempo de atuação profissional foram indicados como elementos mediadores dessa emoção vivenciada.

Para Alvim, Santos e Tonini (2008) viver e refletir sobre a primeira experiência da realização do preparo do corpo representou um importante passo no *continuum* da profissão. Constatam que o cuidado de enfermagem vai além do corpo vivo, independe do estado vital do cliente, ou seja, que o corpo morto deve ser cuidado da mesma forma que o corpo vivo.

Contudo, após a morte de um cliente, segundo Shimizu e Ciampone (2002), não há espaço para o luto e vivência da dor, visto que as unidades hospitalares estão sempre superlotadas e a demanda da clientela é grande. Consequentemente, logo o leito que aquele ser ocupava será ocupado por outro, raramente ficando o leito vazio por muito tempo. Assim, o luto e a dor são abafados e protelados, pois o profissional precisa reunir forças para receber e cuidar do novo ser que ocupará o leito do que acabou de morrer.

Constata-se neste estudo, como no realizado por Shimizu e Ciampone (2002), que os profissionais de enfermagem, para superarem a dor e o sofrimento pela morte do paciente e o luto não elaborado, utilizam-se de múltiplos mecanismos individuais de defesa. Todavia, embora tais mecanismos sejam uma ferramenta para auxiliá-los no processo do luto e na minimização da dor e do sofrimento, pela morte, estes profissionais precisariam encontrar na instituição espaços para abertura e elaboração desses sentimentos.

7.2.3 Dimensões do cuidado de si – ser humano/profissional

A complexidade amplia e possibilita o diálogo entre diferentes esferas, sem reduzi-las, concebendo-as nas suas especificidades; amplia e possibilita também a visão e intercomunicação das múltiplas dimensões do ser humano e do seu ambiente sejam físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas. E ao mesmo tempo, renuncia os princípios ocultos de redução-disjunção que favorecem a cegueira da natureza dessas dimensões e sua incomunicabilidade de

tudo o que é verdadeiramente humano, dos seres, da natureza e do universo. Assim, segundo Morin (1996, p.177): “somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade é aquilo que tenta conceber e articular, a identidade e a diferença de todos esses aspectos”.

A seguinte categoria temática denominada Dimensões do cuidado de si - ser humano/profissional e suas subcategorias, emergidas das falas dos participantes, serão identificadas conforme as dimensões do ser humano, classificadas por Morin (1996; 2006a; 2006b), independentemente da ordem em que apareceram na oficina.

7.2.3.1 Dimensão de cuidado espiritual

Refletindo na contemporaneidade sobre o cuidar/cuidado, Backes e Erdmann (2008) abordam a necessidade de cuidado das diferentes formas de doenças, que proliferam a cada dia. Além das doenças visíveis ou das mais ou menos visíveis, reportam os tipos de doenças, talvez, compreendidas somente à luz da fé, e questionam sobre como identificar, tratar ou compreender os tipos de doenças que são invisíveis aos olhos do homem.

Em resposta as questões propostas anteriormente por Backes e Erdmann (2008), os profissionais de enfermagem, neste estudo, suscitam tratar ou compreender as doenças que lhes são invisíveis aos olhos através do cuidado espiritual, que independe da religião praticada, da raça ou da cultura às quais pertencem.

Importa para os profissionais de enfermagem ter alguma crença – crer em algo, objetivando o cuidado na dimensão espiritual. O cuidado do espírito se processa a partir da fé, do acreditar em alguma força superior que lhes permitam sentir o cuidado.

Dessa forma, o exercício do cuidado espiritual para os profissionais se constitui em ter uma religião ou crença em algo (em uma força superior), em ir à missa (se a for a religião católica), em realizar uma oração... E, assim, como aponta Boff (2002), os participantes do estudo buscam na fé, na crença e na oração o cuidado de si mesmo, como se observa nas falas:

O cuidado do meu eu – ser humano envolve... ir a missa [...] (P.1).

Eu acho importante cada um crer em algo... cuidado dessa parte espiritual (P.6).

A minha oração diária, né? É a primeira coisa que eu faço, pelo menos quando início o dia, pedindo proteção (P.9).

Estar de bem com a vida, ter uma religião. Quem gosta, é uma maneira de se cuidar (P.7).

Uma maneira comunitária de cultivar a espiritualidade se dá a partir de um ambiente que agregue as pessoas no comum: cuidar do espírito e da alma. A escolha do ambiente comum para o cuidado do espírito e da alma é definida pela religião; no caso da católica o ambiente é a igreja, que reúne as pessoas no momento da missa. Assinala Boff (2002) que a espiritualidade une, liga e re-liga e integra as pessoas.

Presencial ou não, o encontro espiritual acontece, mesmo em pensamento, através das orações e intuições advindas do mundo espiritual. Contudo, para orar, independe do ambiente e da religião escolhida, desde que a oração atenda aos anseios e conforto espiritualmente o ser que almeja o cuidado de si – do seu espírito, podendo ser a oração realizada mesmo em silêncio e sem a companhia de outros seres.

Assim, ter uma religião, cultivar a espiritualidade, praticar oração, ter crença e fé, para os participantes, é um cuidado de si.

7.2.3.2 Dimensão de cuidado biológico, físico e estético

Segundo Salvo (2008), hábitos alimentares são tipos de escolha e consumo de alimentos feitos por um indivíduo ou grupo, em resposta a influências fisiológicas, psicológicas, culturais e sociais. Estes influenciam diretamente na qualidade e quantidade do consumo.

Jomori, Proença e Calvo (2008) apontam que a escolha alimentar de um indivíduo está baseada, por um lado, na condição onívora do homem, isto é, apresentar a capacidade de comer de tudo e, por outro lado, por diversos fatores que irão influenciar o indivíduo nessa decisão. Em estudo de revisão da literatura científica, foram identificadas variáveis de escolha relacionadas aos alimentos, tais

como o preço, o sabor, a variedade, o valor nutricional, a aparência e a higiene, por exemplo. Já as variáveis relacionadas ao próprio indivíduo foram divididas em determinantes biológicos, sócio-culturais e antropológicos, bem como econômicos e psicológicos.

A escolha alimentar do indivíduo, qualitativamente, deve considerar o aspecto nutricional da dieta, pois uma dieta nutritiva é necessária não apenas para o desenvolvimento e crescimento do ser humano como também para protegê-lo das doenças, adquiridas ao longo da vida. Chama-se esta última de nutrição preventiva, iniciada na infância e continuada por toda a vida do indivíduo (ANGELIS, 2001). Conforme Jomori, Proença e Calvo (2008), a nutrição preventiva relaciona-se ao determinante biológico da escolha do alimento.

Atentos ao cuidado de si, os participantes atentam para uma dieta que promova a saúde, evitando assim as doenças decorrentes de hábitos alimentares inadequados, conforme recomendam nutricionistas e outros profissionais da saúde.

Dentre as necessidades biológicas básicas do ser humano, o alimento e a água são fundamentais para a sua sobrevivência. E, para os profissionais de enfermagem, suprir esta necessidade em observância às características do alimento (não gorduroso, saudável e nutritivo) é cuidar de si.

[...] alimentos, cuidado com a dieta, preocupação com o colesterol, gordura (P.1).

O cuidado de si, também, pode colocar o cuidado com a alimentação [...] (P.1).

[...] eu tenho que cuidar da minha alimentação, me alimentar bem. Procurar ingerir alimentos saudáveis, nutritivos (P.4).

É, é beber água [...] representa o cuidado do ser, parar para tomar água, que às vezes, eu to sentindo constipação pelo fato de ficar muito tempo sem tomar água (P.9).

Um dos profissionais de enfermagem manifesta-se consciente da importância da ingestão de água para um adequado funcionamento intestinal – prevenção e tratamento da constipação, considerando um cuidado de si.

Em adultos, a constipação consiste em dificuldade de evacuação ou evacuação insatisfatória, com as seguintes características definidoras, em pelo menos 25% das vezes: fezes ressequidas ou muito duras; fezes endurecidas ou em

cibalos; esforço excessivo para evacuar; sensação de evacuação incompleta; sensação de obstrução ano-retal ou bloqueio; utilização de manobras digitais para facilitar a desobstrução ou passagem das fezes, sensação de ânus estreito; menos de três evacuações por semana, associadas ou não com distensão abdominal e flatulência. Todavia, para a prevenção ou reversão do quadro de constipação, mesmo as crônicas, medidas não medicamentosas constituem a primeira escolha e contemplam esta alternativa os cuidados com a dieta e hábitos de vida (WANNMACHER, 2005; SANTOS JÚNIOR, 2005).

Embora os estudos realizados não apontem correlação direta da baixa ingestão de líquidos com a constipação intestinal funcional (COTA; MIRANDA, 2006; (MAGALHÃES et al., 2002), tem-se na literatura que uma adequada hidratação, em média a ingestão de oito copos de líquidos por dia, juntamente com uma dieta rica em fibras, promove a maciez das fezes, aumentando o bolo fecal, o reflexo gastrocólico e a lubrificação intestinal. A fibra tem capacidade de absorver a água, portando, a dieta rica em fibras e a hidratação previnem a constipação (COTA; MIRANDA, 2006; CUPPARI, 2003).

Para um processo de viver, conviver, ser e sentir-se saudável é importante o cuidado do próprio ser na sua dimensão biológica. Elucidam os participantes que para cuidar de si é preciso atentar para os aspectos da alimentação e hidratação. O cuidado de si é contemplado por uma dieta constituída de alimentos pobres em gordura devido à preocupação com o colesterol, porém nutritiva, contendo alimentos saudáveis. A hidratação do organismo também é entendida como cuidado, sendo a água o principal meio para hidratar e melhorar o funcionamento do intestino. Dessa forma, a alimentação e a hidratação suprem as necessidades fisiológicas do organismo assegurando e promovendo a saúde.

Conforme Baggio (2004), o fato de os profissionais de enfermagem conviverem cotidianamente com doenças e pessoas enfermas faz com que busquem se proteger da ameaça constante de adoecer. A prevenção de doenças é um cuidado de si e alguns profissionais para eximir-se de problemas de saúde adotam medidas preventivas, evidenciadas neste estudo, em sua dimensão biológica como o cuidado com a dieta e a hidratação.

Cuidar da saúde física é um anseio da maioria dos profissionais que participam do estudo. A prática de atividade física e de exercícios com o corpo, seja por recomendação para uma melhor saúde, seja para o cuidado com a forma do

corpo, retrata o cuidado de si pelos profissionais de enfermagem. Exercitar o corpo, segundo os sujeitos, além de ser significar o cuidado físico é necessário para cuidar da mente, tendo o benefício do relaxamento.

[...] exercício físico é uma coisa que considero cuidado, pelo menos a gente recomenda prática de exercício físico (P.8).

O cuidado do meu eu, ser humano, envolve caminhada [...] (P.1).

Eu tenho que cuidar do meu corpo. A questão do esporte, também é importante. A atividade física. Acho que o corpo da gente é uma máquina e acho que tem que ter uma atividade... (P.4).

Porque caminhando não vai cuidar só da tua forma física, tu vai cuidar da tua mente, pra ti relaxar (P.2).

Segundo Baggio (2004, p.60), “a atividade física possibilita o retardo do envelhecimento, melhora a disposição para a rotina cotidiana, alivia o estresse e eleva a auto-estima”, além de proporcionar prazer, sensação de bem-estar e ser uma forma de lazer.

Apreende-se que a prática da caminhada na companhia de outrem, além de um momento para realizar uma atividade física, de cuidado não só do corpo físico, mas também da mente, é um momento de encontro e abertura para o diálogo com o outro. Na afirmação a seguir este outro é o marido.

Eu saía pra caminhar com o meu marido, né? Então é aonde a gente ia conversando, trocando idéia (P.2).

Contudo, como o verbo conjugado “saía” conota que fazia e não faz mais, a participante foi questionada sobre o porquê não praticava mais as caminhadas. E ela responde:

Ah, porque eu comecei em dois empregos (P.2).

Constata-se que a prática de caminhada, na companhia do marido, foi interrompida por conta de a profissional ter assumido mais um compromisso de trabalho em outro turno, ficando a dimensão de cuidado físico e mental suprimida em decorrência das atividades laborais.

A conquista da enfermagem do hospital estudado pela redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais em vez de 42 horas, abriu a possibilidade do duplo

ou triplo vínculo empregatício. Todavia, a opção por mais um vínculo se dá pelas condições salariais da categoria. Cabe à enfermagem aliar à luta da redução da jornada de trabalho à luta pelo piso salarial, garantindo a satisfação financeira e a redução do desgaste do trabalhador (GELBCKE, 2002). Consequentemente conquistar-se-á o importante tempo para o cuidado de si mesmo, em suas diferentes dimensões.

Baggio (2004) infere em seu estudo, que o cotidiano dos profissionais de enfermagem é exaustivo e extenuante devido aos compromissos, às responsabilidades particulares e laborais que, consequentemente, comprometem o descanso, o repouso e o sono. Estes, por sua vez, são necessidades fundamentais e essenciais para o cuidado de si do trabalhador, elementar também, para poder desempenhar suas atividades profissionais.

A renovação das energias e o relaxamento, ou seja, o cuidado físico que propulsiona o cuidado mental se faz necessário para satisfazer as exigências do trabalho e da vida dos trabalhadores.

Ta dormindo, também a gente precisa, né? Renovar as energias, descansar o corpo (P.6).

[...] Cuidar de si relaxando, [...] relaxamento, então tu ta cuidando de si... (P.1).

Alguns participantes do estudo salientam que para o cuidado de si, cuidar da saúde mental e do emocional é tão ou mais importante que cuidar do físico. Acreditam que o cuidado da mente pode propulsionar também o cuidado físico e refletir positivamente, em outros aspectos da vida humana.

[...] a cabeça da gente, quando ela ta boa, apesar de o corpo, às vezes não está, acho que torna tudo mais fácil. Eu acho que a gente tem que cuidar de si, da nossa cabeça, dos nossos pensamentos que isso reflete no corpo e na vida, né? (P.6).

Importa o cuidado da mente e do emocional para também poder cuidar-se na dimensão estética. O ser humano projeta seus pensamentos e sentimentos, otimistas ou pessimistas, de cuidado ou de não cuidado, conforme o estado emocional. Assim, o indivíduo reflete a partir do seu estado emocional – dos

pensamentos e sentimentos que cultiva – o cuidado estético de si mesmo, como se constata no depoimento:

Acho que é mais importante ainda o teu emocional ta bem... porque se o teu emocional não tiver bem tu não vai se animar de ir pintar um cabelo, fazer uma unha. Se tu já esta arrasada, pronto, já cai na cama e já não sai mais (P.3).

Destarte, corroborando com Teixeira (2006) para o cuidado na dimensão estética, entendida neste estudo pelos cuidados estéticos, como cuidados com a unha, cabelo, pele, etc., realizados em salão de beleza estética, onde se faz necessário o investimento econômico/financeiro. Ainda assim, afirma o participante, que o cuidado na dimensão estética é realizado toda a semana, embora outros cuidados não sejam promovidos, em outras dimensões, como a biológica por exemplo.

A gente na verdade, esteticamente, a gente se cuida. No salão a gente vai toda sexta. Fazer unha já é de lei. Acho que não cuida mesmo da máquina [...] do interior; do exterior a gente cuida (P.3).

O cuidado estético almeja melhorar alguns aspectos físicos do ser humano/profissional de enfermagem, cujo corpo é o receptor da estética, do belo, do cuidado. Estimam, os profissionais, o cuidado com o externo, que é visível aos olhos do outro e dos seus próprios. Contudo, afirmam que não cuidam do interior, da máquina humana, ou seja, o cuidado biológico que não é visível.

O ser humano precisa do outro para a satisfação de suas necessidades; sejam fisiológicas (como o ato sexual) ou emocionais. Para tanto, o ser humano depende das interações que estabelece em seu meio – da cultura, as quais são fundamentais o estabelecimento de relações, integrações e inter-relações com outros seres sociais para a sua socialização (BRAZ, 2006).

O cuidado amoroso emerge como uma dimensão de cuidado que inter-relaciona outras dimensões, como a física e a emocional; envolve a inter-relação com outros seres de relação, na qual precisa ocorrer o cuidado de si e do outro, sentir-se cuidado pelo outro para o cuidado amoroso se processar.

O amoroso também é muito importante, né? A gente tem que cuidar bem desse lado. Ah, se eu tiver bem fisicamente o emocional pode ficar de qualquer jeito?! Tem que ta tudo bem integradinho assim, né? (P.8).

Conforme Teixeira (2006), o cuidado é genuíno da espécie humana e as relações humanas de cuidado promovem o cuidado amoroso entre um e outro ser ou uns e outros seres pertencentes a um grupo social, sejam o grupo de amigos, grupos solidários, a família... O cuidado em sua dimensão amorosa possibilita a construção dos grupos sociais, necessários para a manutenção da vida. Contudo, segundo a sociedade moderna e capitalista, para o autocuidado, implica também o investimento econômico financeiro, não somente amoroso.

Rivero e Erdmann (2007) apontam o cuidado humano amoroso como uma relação intersubjetiva entre seres distintos, que relaciona o amor e a capacidade de preocupação, interesse, compreensão, responsabilidade e respeito à dignidade do outro, reciprocamente. As autoras, no estudo realizado, manifestam o cuidado amoroso na relação entre profissionais de enfermagem e a pessoa sadia ou enferma. Todavia, assevera-se que esta qualidade de cuidado pode manifestar-se subjetivamente na interação entre outros sujeitos.

7.2.3.3 Dimensão de cuidado social que relaciona e integra os seres

Os seres humanos interdependem, interagem, retroagem e buscam a partir das inter-relações, nos espaços sociais, viverem o comum. Ao transitarem nesses espaços, compartilham através de sua cultura o que lhes atribui significado e sentido à vida. Para Sampaio (2006), a cultura é compreendida como uma construção social significativa para os seres humanos, a partir de suas relações, o que exige que se considere a diversidade e pluralidade como sua marca fundamental.

Assim, são diversas e plurais as opções de dado grupo social quando buscam viver o comum e o saudável para si.

Ah, festa, tem que ter né? A gente não pode viver sem diversão... a gente é mais assim, de ficar com a família. Todo o final de semana a gente se reúne. Eu não gosto muito de sair assim, né? Os amigos tão sempre reunidos, um bate papo (P.6).

[...] Pra mim, festa [...] é eu estar junto com ele (marido), ou até com minhas filhas junto também, com amigos... A gente chegar almoçar, sair, dar uma olhadinha, a gente gosta de olhar bijuterias, bem coisas de mulher assim [...] daí quando chega mais tarde vem o arrasta pé, que tu dançando, tu viaja, tu esquece todos os problemas, uma terapia maravilhosa, né? Além do som, tu ta se libertando, tu ta se jogando (P.1).

A gente deve ter momentos de lazer, pra gente ficar bem. Momentos com os nossos amigos, com as pessoas que a gente gosta, com familiares ou só com o próprio marido e filhos. Ter um momento de lazer, que eu possa estar com pessoas que eu goste num momento de descontração e prazer (P.4).

Os significados de saúde e o cuidado de si também são expressão de uma cultura. Segundo Sampaio (2006), falar de saúde é dar expressão ao corpo, que se expressa e se manifesta sensível, vulnerável, transcendente, marcado por experiências pessoais singulares e coletivas, que incluem ou excluem os indivíduos num dado cenário social.

É para o ser humano, profissional deste estudo, um cuidado de si usufruir o tempo em que não está desenvolvendo suas atividades laborais em prol de atividades de lazer, quando o maior compromisso é estar junto das pessoas de quem gosta, envolvendo-se e divertindo-se ao realizar o simples e o lúdico, com alegria.

Os profissionais buscam através dos encontros com amigos e familiares, da dança e da música, desfrutar o comum e o prazer de estar junto. No movimento da dança, como aponta o sujeito - *o arrasta pé*, é possível desligar-se dos problemas e das dificuldades do dia-a-dia, como uma terapia; um momento em que o ser sente-se liberto das amarras da vida real, circunstancialmente. Assim, ao arrastar o pé junto ao pé do outro, no entrelaçar os seus passos ao do outro, no jogo da dança e do movimento, o ser sente-se jogando-se no prazer subjetivo, imaginário, transcendente, da experiência vivida.

É através desses momentos que o cuidado é processado e sentido, quando o ser relaciona lazer à saúde, seja ela física ou mental. E, como diz Sampaio (2006, p.84), “o lazer, por sua ampla dimensão cultural, pode propiciar ao corpo tanto o descanso, quanto o divertimento e o desenvolvimento individual e social...”.

Dentre as opções de lazer apontadas pelos participantes está a festa, que para o cuidado de si, não pode faltar. Segundo Perez (2002, p.190), “a festa instaura e constitui um outro mundo, uma outra forma de experienciar a vida social, marcada pelo lúdico, pela exaltação dos sentidos e das emoções”.

Para Sampaio (2006, p.87-88) a festa

possui um forte poder de renovação da esperança, das forças individuais e de reafirmação dos anseios cotidianos de mudança.

Isso porque cada qual traz para o momento coletivo o seu melhor desejo e contribui com o mais significativo aporte de seus bens básicos, criando a fartura da comida, da bebida, da música, da alegria – experiências essas não possíveis no dia-a-dia. A festa aparece como uma “suspensão do real” capaz de revigorar a força, para retornar a ele e resgatar-lhe a dignidade. Um tom de resistência preside a festa, pois a esperança de transformação do cotidiano opressor é sinalizada na alegria e no prazer que ocupam os momentos coletivos do encontro.

Nas opções de estar junto também é apontada a possibilidade de reunir a família e amigos no(s) momento(s) da(s) refeição(ões). Segundo Baggio (2004), nos dias atuais esta prática encontra-se quase em desuso dada à dificuldade em conseguir reunir a família, na hora das refeições, se considerado os compromissos de trabalho e os que se relacionam a este. Porém, esta prática ainda é considerada importante para a aproximação das pessoas e um momento de confraternização e cuidado.

Sampaio (2006) considera um desafio viver o lazer e a simplicidade do cotidiano na atual sociedade urbana e complexa, contemplada em seus espaços sociais, pela informatização e mídia, que tornam o ser humano refém da globalização e do que ela pode proporcionar.

Todavia, na perspectiva da complexa interdependência dos seres, vê-se nas opções de lazer manifestadas pelos profissionais de enfermagem, participantes do estudo, a necessidade da relação com o outro e a importância das atividades humanas realizadas coletivamente, para o próprio cuidado, nos momentos apontados como lazer.

O homem é um ser social, que no relacionamento com o outro desenvolve a interação e a troca de experiências, é um ser de interdependência; necessita vivenciar momentos de troca com o outro para seu crescimento e realização pessoal (BAGGIO, 2004).

Cada indivíduo, como ser biopsicossocial que é, e dada sua subjetividade, tem uma representação única e distinta de família, que em geral remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, amor, ódio, etc. relacionados ao ambiente e a cultura de uma sociedade (GOMES; PEREIRA, 2005).

Neste estudo, desvela-se a importância de estar junto da sua família, sendo a instituição familiar a base que sustenta a estrutura necessária para o ser humano

cuidar de si mesmo e do outro e, conseqüentemente, “do nós”. Dessa forma, importa a dimensão de cuidado do lar e da família.

O espaço familiar propicia o aporte afetivo e também material necessários ao bem estar. É manifestado pelos profissionais do estudo, como um cuidado de si, desfrutar o aconchego do lar, estar em casa, conviver com o marido e com os filhos, sendo no ambiente doméstico possível de relaxar. Assim, denota-se a dimensão de cuidado fundamentado no lar e na família.

É um cuidado assim tipo que, ah, tipo a gente termino a tarefa do dia e tu ta loco pra chegar em casa, não vê a hora de passar o plantão e correr. Porque lá é o teu cantinho, tua família, teu aconchego... meu marido, minha filha (P.2).

Gente chega em casa e relaxa tanto... (P.1).

A família é a base de tudo, assim né? Aonde eu consigo aprender e ver as coisas pra que eu possa me estruturar e ter o cuidado comigo e depois o cuidado com o outro e com o nós. Então é onde tudo começa (P.4).

A subjetividade humana permite dizer que o ser humano é um ser afetivo que desenvolve a afetividade, que possui sentimentos e consciência de si, contudo, para se tornar um sujeito, um ser diferente e singular, precisa colocar-se no centro de seu próprio mundo, ocupar o lugar do seu “eu” (grifo do autor). Isto significa que é necessário saber lidar com o seu mundo e consigo mesmo, o que pode ser chamado de egocentrismo. Ser egocêntrico, na complexidade, é colocar-se e colocar os seus pares (pais, filhos, concidadãos) no centro do mundo (MORIN, 2006a).

Entende-se que, ser egocêntrico neste estudo, seria colocar-se a si mesmo e os outros seres (filhos, pais, marido, família) de nosso conviver, no centro de nossas atenções e inquietações, numa concepção ampla e complexa das interações humanas.

Para Gomes e Pereira (2005, p.358)

cada pessoa tem sua própria representação de família – da família real e da família sonhada, da sua família e da do outro – representação esta ligada a concepções e opiniões, sentimentos e emoções, expectativas correspondidas ou não correspondidas.

Sendo a representação de família individual, para alguns indivíduos a família é sua base, cujo ambiente do lar é aconchegante e acolhedor pelos seus entes. Todavia, para outros, a família pode causar sensações e sentimentos desagradáveis, desencadeando assim, a opção em envolver-se demasiadamente com o trabalho a ter que ir para casa e encontrar com cônjuges estressados e filhos problemáticos, como aponta o participante:

Depende, eu acho que tem gente que tem vontade até de nem ir pra casa, né? Porque chega em casa, é mulher estressada, é o filho com problema Tem gente que prefere ficar, trabalhar, trabalhar... (P.2).

Contudo, questiona-se: como compreender as relações conflituosas com o cônjuge e com os filhos e a motivação para afastar-se das mesmas? O que influencia a desordem e os conflitos no ambiente doméstico e que revelam as conturbações do cotidiano?

O pensamento complexo pode aproximar uma compreensão acerca das relações, interações e associações estabelecidas entre os seres humanos, dos conflitos e desordens, bem como as influências particulares e recíprocas advindas do viver e do conviver num mundo complexo. Assim, o aspecto positivo que a complexidade imprime é desafiar a busca de respostas, de compreensão dos fenômenos, considerado o ponto de partida para um pensamento multidimensional (MORIN, 1996).

7.2.3.4 Dimensão de cuidado do “eu – profissional”

O ambiente de trabalho hospitalar é considerado insalubre para o profissional, em especial o da enfermagem, que na assistência possui contato com material biológico de pacientes portadores de diversas enfermidades, inclusive as infectocontagiosas, além dos inúmeros procedimentos realizados e que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Dentre os riscos ocupacionais que podem causar acidente de trabalho e doenças ocupacionais, os trabalhadores de enfermagem estão expostos, além dos

riscos biológicos, aos químicos, físicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais. Tais riscos, no ambiente de trabalho, podem ser classificados em real (de responsabilidade do empregador), suposto (quando se supõe que o trabalhador conhece as causas que o favorecem) e residual (de responsabilidade do trabalhador) (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Conhecedor e preocupado com o risco de acidente com material biológico relacionado à atividade da assistência de enfermagem, o profissional elucida o uso de luvas de procedimento e máscara de proteção facial, ambos denominados Equipamento de Proteção Individual (EPI), para impedir o contato direto com sangue e secreções corporais do paciente. Atenta aos riscos ergonômicos, o cuidado com a postura também é citada pela profissional, que outrora não era motivo de preocupação e agora o é, como se vê no seu depoimento:

Eu calço luvas em todos os procedimentos. Não faço, jamais, procedimento nenhum, sem luvas. Quando preciso, que é uma coisa assim que realmente precisa usar máscara, uso também. Assim to me cuidado. E antes a gente fazia assim, ficava naquelas camas e êêêê (demonstrando esforço) e quase se matava. Agora eu baixo, com todo cuidado (com postura preventiva), to me cuidando, né? Como profissional e como eu pessoal (P.1).

O uso de EPI para a realização de procedimentos na assistência ao paciente para prevenção de acidentes e a atenção à postura corporal no desenvolvimento das atividades técnicas para a prevenção de doenças ocupacionais caracterizam o cuidado de si do profissional de enfermagem enquanto cuida do outro.

No estudo de Nishide, Benatti e Alexandre (2004), realizado em unidade de terapia intensiva (UTI), é revelado que as agulhas apareceram como principal causa de acidente perfurante entre os trabalhadores de enfermagem. Os demais acidentes do trabalho envolveram, em geral, o contato com sangue, fluídos corpóreos e excretas dos pacientes, visto que os trabalhadores estão expostos às cargas biológicas na realização de atividades com pacientes independentes para o autocuidado, principalmente. Contudo, a menor causa de acidente do trabalho foi relacionada ao risco de esforço físico nas atividades com pacientes obesos e agitados que, com o decorrer do tempo, desgasta o trabalhador em sua atividade, proporcionando-lhe doenças ocupacionais.

Em estudo realizado com 1218 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, Alexandre e Benatti (1998) apontam que do total, 100 (8,2%) tiveram algum tipo de acidente num período de seis meses, sendo 20 (20%) dos 100 relacionados com lesões na coluna vertebral, principalmente na região cervical e lombar. Os acidentes, em sua maioria, ocorreram quando os trabalhadores estavam movimentando ou transportando pacientes e equipamentos e por quedas devido ao piso escorregadio.

O uso dos EPI no desempenhar procedimentos com os pacientes é lembrado no presente estudo como uma forma de cuidado de si – do “eu – ser humano” e “do eu – profissional”, como também constatado no estudo de Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006).

Nishide, Benatti, Alexandre (2004) corroboram que acidentes podem ser evitados ou minimizados com a utilização de equipamentos de proteção individual e ainda com os cuidados no manuseio de materiais perfurocortantes, sangue, fluido corpóreo e excretas do paciente.

7.2.3.5 Dimensão de cuidado cognitivo

Nesta categoria o cuidado cognitivo inter-relaciona conhecimento, poder, auto-estima, crescimento pessoal e profissional.

A enfermagem, uma profissão constituída em sua maioria pelo gênero feminino, foi fortemente marcada pelo seu fazer manual. A profissão teve dificuldades para consolidação de um saber científico que conferisse especificidades as suas ações, sofrendo o estigma de ser desqualificada perante a hegemonia médica e com a inadequada remuneração do seu trabalho (ROESE et al., 2005).

A enfermagem como profissão, em sua trajetória histórica, utiliza-se de conhecimentos de diversas áreas das ciências biológicas e humanas (Biologia, Psicologia, Antropologia, Sociologia, entre outras) para a promoção do cuidado e saúde humana, sendo subestimada em sua potencialidade e capacidade criativa. Por esses motivos, esforça-se para conquistar seu espaço e tornar-se reconhecida, sobretudo por outras profissões (ROESE et al., 2005).

Conforme Baggio (2004, p.67), “acompanhar a evolução da informação, o aperfeiçoamento técnico e científico, estimulando o saber e a criatividade torna o

profissional habilitado para melhor cuidar do outro” e, sobremaneira, possibilita a qualificação dos profissionais de enfermagem em sua área de atuação tendo, consequentemente, o mérito do reconhecimento da profissão.

Os profissionais, sujeitos deste estudo, inferem que ser possuidor de conhecimento – ter o saber – propulsiona o indivíduo ao crescimento, na esfera pessoal e também profissional. A aquisição do conhecimento/do saber, seja ele específico de sua área de atuação ou generalista, é para o profissional de enfermagem um cuidado de si, enquanto ser humano e enquanto profissional. Importa ter o conhecimento quando urge a necessidade de sabê-lo e de expô-lo, que conseqüentemente eleva a auto-estima pessoal e profissional; proporciona a satisfação do conhecimento/do saber; demonstra as capacidades cognitivas e confere o poder da sabedoria.

[...] pro crescimento pessoal da pessoa... quanto mais conhecimento, dependendo da forma que venha, é crescimento pessoal e profissional também (P.6).

Uma maneira de cuidar do eu profissional, não só o cuidado físico e o técnico, mas o conhecimento [...] Se sente bem quando tem alguma coisa e sabe (P.7).

Quanto mais tu sabes, para o profissional, mais fica enriquecido o teu conhecimento [...] às vezes pode ser em outra área, mas o fato é que tu sabes. Quando precisar tu tens o conhecimento. Quanto mais a gente sabe, mais a gente evolui (P.8).

Pra auto-estima. Tu saber melhor alguma coisa, alguma coisa que se tu não sabe e passa a saber, já dá uma satisfação do conhecimento. O conhecimento é poder, poder da opinião, tu ser capaz, né?. Auto-estima (P.9).

Tudo aquilo que tu sabe ou tu põe em prática ou tu, pelo menos, passa para o outro [...]. Dividir conhecimento é crescimento, né? Eu fiz o curso técnico de laboratório, também, e a gente não pode coletar do braço do soro porque tem sódio e potássio, porque vai dar alterado. Então se tiver eletrólitos, glicose, vai dar alterado, tudo isso vai dar alterado. Então eu prefiro bater o pé e dizer que não vou coletar, do que coletar e dar alterado (P.5).

Evidencia-se que, além da obtenção e da aplicação do conhecimento adquirido, que atende às dimensões pessoal e profissional, convém também que este seja compartilhado/dividido com o outro, configurando o crescimento e a transformação do ser que ensina e do que aprende na experiência social, e, por

consequente, ganham todos: o eu, o outro e a coletividade. Corroborando, dessa forma a afirmação de Morin (1998, p.77): “todos os conhecimentos extraídos da experiência social se emancipam e se transformam”.

Por atuarem em um Hospital Escola, estes profissionais possuem condições facilitadoras ao acesso e promoção do saber/fazer. Atribui-se a essa condição, em parte, à presença de um universo hospitalar acadêmico que, em seus espaços, promove a reflexão e exercício do pensamento crítico e criativo na esfera cognitiva e prática.

Todavia, essas condições são apenas facilitadoras. Não significa que todos os profissionais estejam abertos para a reciclagem dos conhecimentos e para a aquisição de outros novos, tampouco, para compartilhar com o outro o seu saber/fazer. A abertura para o novo é particular de cada ser humano, e, diante do exposto pelos participantes do estudo, vê-se que a enfermagem, cuja maioria da força de trabalho ainda é feminina, busca o reconhecimento do saber/fazer, apoiando-se nos conhecimentos seja na sua área de atuação ou de outras, que fundamentem suas ações.

Para Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003), na enfermagem, como em outras profissões, o conteúdo de conhecimento do profissional está aumentando rapidamente se considerados os avanços científicos e o tecnicismo relacionados à grande área da saúde. O profissional de enfermagem para qualificar o seu trabalho depende, entre outros fatores, de uma cultura de compartilhamento de aprendizagem e conhecimento com vistas à obtenção de competências para o cuidado ao cliente. A assertiva corrobora com o pensamento dos participantes deste estudo, quando asseveram ser importante dividir com o outro o seu saber/fazer, promovendo o crescimento e desenvolvimento mútuo enquanto profissionais/profissão. A socialização dos conhecimentos assegura a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, integrando os saberes e o fazeres para o cuidado do outro.

A inter-relação e a interligação da instituição de saúde (hospital) e a instituição escola (universidade) podem oferecer múltiplas oportunidades aos que possuem o vínculo seja com a primeira, com a segunda ou com ambas as instituições, que compartilham os saberes e fazeres interdisciplinares com vistas a promoção da saúde e do conhecimento interdisciplinar. Conforme Meirelles e Erdmann (2005, p.412), “a saúde é um processo dinâmico e complexo, cuja

compreensão aponta a reflexões interdisciplinares para uma nova prática em saúde e Enfermagem”.

Os profissionais de enfermagem informam que a instituição Hospital Escola oportuniza novos conhecimentos teórico-práticos e reforça os já oferecidos. Está elucidado no Regimento da Diretoria de Enfermagem (DE), em seu capítulo II, seção IV, art. 24 que o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), uma de suas comissões permanentes, tem por finalidade buscar estratégias e programas voltados à pesquisa e formação continuada dos trabalhadores de enfermagem. O CEPEn possui regimento próprio legitimado pelos servidores lotados na DE e aprovado pela Assembléia Geral da Enfermagem. Dessa forma, podem os trabalhadores de enfermagem beneficiar-se tanto pela formação continuada quanto pelo incentivo à pesquisa (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC, 2008).

A medicina, presente no contexto multidisciplinar, é coadjuvante interdisciplinar na promoção da educação nos espaços em que atua, não apenas para a formação dos seus pares, mas para a produção e multiplicação dos saberes e fazeres aprendidos/apreendidos para a equipe multidisciplinar.

Por ser um Hospital Escola, ele sempre está oferecendo essa oportunidade de ta atualizando [...] alguma coisa que você tem dúvida [...] alguma atividade que não ta bem clara (P.7).

Participo de grupo de pesquisa toda semana (P.8).

[...] a gente procura aperfeiçoar as técnicas, renovar as técnicas, às vezes os médicos dão aulas, a gente já ta, também, cuidando do nosso profissional, né? (P.2).

Oportunidade tem e eu acho que é uma questão pessoal tentar buscar essas atividades (P.7).

O profissional é instigado aprofundar seu saber no dia-a-dia da assistência para assegurar ao paciente a segurança da sua ação. O paciente instiga o profissional a aprofundar seus conhecimentos para informá-lo e orientá-lo, a partir de questionamentos durante a assistência, por exemplo, sobre a medicação, como elucida a fala:

[...] Pra que que é? O que tu ta me dando? Pra que que serve? Se tu não sabe já se sente, né [pausa]. Então quando chega uma medicação nova a gente já vai procurando saber o que que é, né? É pro coração? É pra pressão? A gente já quer saber, porque vai chegar lá e o paciente vai perguntar, né? [...]. O que adianta dar

uma medicação se não sabe o que é? Geralmente a gente ta preparando a medicação e ta perguntando um pro outro, principalmente quando chega uma medicação nova. O que é isso? Pra que serve? (P.3).

Diariamente a indústria farmacêutica, após certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), disponibiliza para comercialização novos medicamentos (genéricos e comerciais), novas doses, etc. A indústria farmacêutica, no seu intenso movimento de produção, torna difícil ao profissional de enfermagem ter o conhecimento de todas as drogas disponíveis. Contudo, ao surgir em sua prática cotidiana um novo fármaco, o profissional de enfermagem busca informações sobre o mesmo para prover a própria necessidade de saber, com vistas a suprir os questionamentos do paciente quando este manifesta o interesse.

É importante que a busca de conhecimento acerca de um determinado fármaco seja profunda e ampla, detendo-se em detalhes farmacológicos importantes. Além da indicação do fármaco, o profissional também precisa estar ciente das possíveis reações colaterais e adversas, das interações, dosagem, ou seja, sobre os potenciais riscos ao paciente em virtude da utilização de medicamentos.

A enfermagem precisa estar atenta aos possíveis riscos decorrentes do uso do medicamento e à ocorrência de eventos adversos com medicações, relacionando estes à sua prática de cuidados, como responsável pela comunicação dos mesmos, conforme propõe a ANVISA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo Baggio, Callegaro e Erdmann (2008), o ato de medicar, exercido pelo profissional de enfermagem, é conferido pelos próprios pacientes como de importante responsabilidade. O paciente revela-se atento aos horários das medicações e assegura-se da continuidade deste cuidado, mesmo após as trocas de plantão. O cuidado da enfermagem é enaltecido no ato de dar a medicação, quando atrelado à responsabilidade e ao conhecimento do profissional acerca das condições clínicas do ser cuidado.

Deste modo, para a confiabilidade de suas ações durante a relação e a interação entre os seres envolvidos no processo de cuidado, compete ao profissional de enfermagem desenvolver suas competências humanas e técnicas, na práxis, em confluência com o conhecimento científico, visando atender as dimensões de

cuidado conforme as necessidades do outro, no contexto que está inserido (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008).

7.2.4 O sistema/serviço de saúde na ótica dos profissionais e a implicação para o cuidado de si

Não era intenção adentrar neste estudo no tema que se refere à avaliação da qualidade de um sistema/serviço de saúde. Contudo, tal avaliação emergiu das falas dos participantes, a partir da abordagem do cuidado de si e apenas será abordado conforme o conteúdo das falas emergidas, cabendo um novo estudo para maior aprofundamento da temática.

Entende-se por serviços de saúde os “estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A avaliação da qualidade de um sistema/serviço de saúde, em sua maioria, se dá pela opinião dos próprios usuários (RAMOS; LIMA, 2003; AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991; BOSI; AFFONSO, 1998; HALAL et al., 1994; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Neste estudo, quem avalia como usuário, é o próprio profissional, que desenvolve suas atividades laborais em um sistema/serviço de saúde.

Acho muito ruim, não os médicos, mas os serviços de saúde... eu que já participei da investigação da minha parte hematológica, é cansativo, né? Exame e outro exame [...] eu fiquei muito traumatizada com isso... (P.9).

A gente vive dentro dele (sistema/serviço de saúde) e a gente não quer procurar, é ruim o sistema de saúde (P.8).

A qualidade do sistema/serviço de saúde é caracterizada como “ruim” e surpreende, não pela qualidade em si, mas por quem o avalia – o próprio profissional. Os estudos, em sua maioria, buscam a opinião do usuário do serviço e não do profissional, neste caso, também usuário.

Destaca-se a insatisfação dos usuários/profissionais com a necessidade de investigação clínica subsidiada por exames diagnósticos, que denota paciência e

perseverança para que sejam cumpridas, efetivamente, todas as fases do processo diagnóstico; podendo, para isso, ser necessária a realização de múltiplos exames.

Infere-se que o desenrolar de uma investigação clínica, como no caso da participante, de característica hematológica, é extenuante pela quantidade de procedimentos diagnósticos a que o cliente é submetido, entendido como meio para atingir um fim. Contudo, questiona-se: que fatores são importantes na avaliação da qualidade do sistema/serviço de saúde? O que faz o usuário/profissional avaliar o sistema/serviço de saúde como “ruim”? Qual a parcela de responsabilidade dos profissionais para tal avaliação? Será que outro usuário, que não seja profissional do sistema/serviço de saúde, o avaliaria da mesma forma? Salienta-se que, para responder a estas questões que inquietam a enfermeira mestranda seria necessário um novo estudo.

Conforme Vaitsman e Andrade (2005), com a amplitude e heterogeneidade de pesquisas que avaliam os serviços sejam públicos ou privados, a partir dos usuários, outras dimensões passaram a ser também consideradas. Essas dimensões envolvem “o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde”. Considera-se, dessa forma, que os profissionais da enfermagem que constituem o sistema/serviço de saúde também devem realizar uma autoavaliação das próprias ações e atitudes – ver-se no espelho – para uma autoanálise. Assim, poderiam refletir criticamente sobre a própria postura diante do sistema/serviço que atuam e que consideram como “ruim”, sendo que são protagonistas e coadjuvantes, ao mesmo tempo, para os resultados dessa avaliação.

Quanto à procura e utilização do sistema/serviço de saúde para o cuidado de si, os profissionais aludem à intolerância para assumir-se na condição de paciente/doente e ter que recorrer ao sistema/serviço de saúde, como qualquer outro indivíduo precisa fazer. Os profissionais mencionam o “dar um jeitinho” para suprir a necessidade seja de diagnóstico ou de tratamento, de alguma condição patológica, não a encarando como uma necessidade pessoal e sim como uma continuidade do trabalho em saúde, diagnosticando e tratando a si próprio com o auxílio das relações interpessoais/profissionais no/do próprio ambiente de trabalho.

A gente não tem tolerância para correr atrás (sistema/serviço de saúde) como paciente, tendo que correr atrás do sistema de saúde. A gente sempre dá um jeitinho. E a gente não vê como uma necessidade pessoal; encara como trabalho (P.10).

A gente não se assume como doente né? Porque a gente vê o doente procurando (sistema/serviço de saúde). Não querer assumir que o eu ta precisando [...] (P.9).

O “dar um jeitinho” relaciona-se ao “jeitinho brasileiro” que, conforme Motta e Alcadipani (1999, p.9)

é o genuíno processo brasileiro de uma pessoa atingir objetivos a despeito de determinações (leis, normas, regras, ordens etc.) contrárias. É usado para “burlar” determinações que, se levadas em conta, inviabilizariam ou tornariam difícil a ação pretendida pela pessoa que pede o jeito. Assim, ele funciona como uma válvula de escape individual diante das imposições e determinações.

“O jeitinho”, quando solicitado, é concedido para priorizar uma situação particular do solicitante, cuja concessão deveria ser genérica. O solicitante manifesta-se ao solicitado de forma simpática, humilde e demonstra que seguir a norma seria injusto para o seu caso. Para “dar um jeitinho” é preciso que o responsável faça uma reinterpretação da situação peculiar para o benefício do solicitante, que visa atingir o objetivo pretendido (MOTTA; ALCADIPANI, 1999).

Os profissionais são parte do sistema organizacional em saúde que presta serviços de saúde e este, por sua vez, depende destes profissionais para a sua existência, bem como dos clientes que necessitam de assistência seja na prevenção de moléstias, na promoção da saúde ou diagnóstico e tratamento de doenças.

Como parte do sistema/serviço de saúde, os profissionais utilizam-se do conhecimento obtido na formação e na atuação para a resolução de condições de déficit de saúde, que porventura se manifeste – “é o jeitinho que se dá”. O jeitinho é facilitado pelas interações e inter-relações estabelecidas no e através do sistema/serviço de saúde. Contudo, os profissionais não vêem a necessidade de investigação, como na condição de paciente/cliente, e sim, se percebem como co-participes no próprio diagnóstico e tratamento, que é conduzido aos pares, pelo eu profissional e o colega de sua relação, como manifesta o depoimento a seguir.

Como a gente tem mais conhecimento em relação a saúde, a gente talvez, precise procurar menos (sistema/serviço de saúde), porque a gente consegue dá um jeitinho aqui, outro ali.[...] o conhecimento em geral que tu tem, tu leva a certas atitudes que no fim te levam ao bem [...] (P.10).

Entende-se que o jeitinho “é uma forma particular (pessoal) de as pessoas resolverem seus problemas dentro da sociedade brasileira sem a alteração do *status quo*”. Dessa forma, o problema individual é resolvido sem incitar questionamentos e sem alterar a ordem estabelecida (MOTTA; ALCADIPANI, 1999, p.10).

7.2.5 Formação e prática em saúde e enfermagem: condicionantes do autocuidado/automedicação

O participante alude que a formação acadêmica e o exercício profissional na área da saúde condicionam a uma vida saudável, como elucida na fala a seguir:

[...] o conjunto de conhecimentos faz com que tu tenha uma vida mais saudável (P.10).

Contudo, questiona-se, tais conhecimentos oriundos da formação e da prática em saúde condicionam os profissionais à ação para uma vida com mais saúde ou à praticidade de autocuidar-se e automedicar-se quando detectado algum transtorno de saúde? Ou seriam ambas as questões verdadeiras?

Quanto à presença de alguma dor de cabeça (cefaléia), por exemplo, o profissional reportando-se a si mesmo e aos demais manifesta que em geral “*[...] tu não vai investigar, tu resolve na hora*” (P.2).

Por deter o saber sobre qual(ais) medicação(ões) são indicadas/recomendadas para a cefaléia e que provavelmente resolverá(ão) a condição álgica, o profissional busca alternativas que minimizam o sintoma presente. Porém, essas alternativas podem mascarar uma doença aparente, como aponta outro profissional:

Tomar analgésico é paliativo, tu tem uma coisa que tu não sabe, se é um estresse emocional, cansaço físico e mental, pode até ser, mas é uma coisa paliativa porque tu não investigou... tu não procura saber... de repente, investigar! (P.1).

Eis a polêmica! Afinal, ter o conhecimento teórico e a experiência da prática, que facilitam o exercício do autodiagnóstico e automedicação é uma condição que promove o autocuidado para um viver mais saudável ou pode ser considerada uma

intervenção paliativa que pode adiar (atrapalhar) o diagnóstico prévio de alguma doença grave?

O conflito de opiniões emerge quando a questão acima surge para reflexão e outro profissional emite a opinião:

Eu acho que não atrapalha, jamais. Quanto mais conhecimento se tem, melhor (P.1).

Contudo, outros participantes discordam do posicionamento anterior e comparam as atitudes do profissional às atitudes de um sujeito leigo:

Às vezes atrapalha, por estar aqui no meio e conhecer a gente adia alguns procedimentos. Por exemplo, tu tá com uma dor, tu já sabe como tratar aquela dor. Então, a gente se automedica muito... Tô com uma dorzinha, ah, toma um remedinho que já vai passar. Tu toma e realmente passou, pronto! E se é uma pessoa que não tá no meio, que não sabe nada, que é totalmente leigo, apareceu ele vai investigar, né? Porque ele não vai se automedica... E se tu tá aqui dentro (hospital) já pega, já toma um remédio. Daí, hoje passou, amanhã não deu, ah, não procura mais, só quando volta de novo, mais forte às vezes, né? (P.3).

As pessoas que não tem conhecimento ficam muito mais ansiosas, ficam com mais medo e tendem a procurar mais. Às vezes, nem ajuda, porque a maioria das coisas passam, assim, nem precisa tu investigar e a gente não se desespera por causa de uma coisa tão simples. A gente consegue levar as coisas mais naturalmente. A gente encara uma dorzinha como uma coisa normal (P.10).

Conforme a fala anterior percebe-se que, por ansiedade, medo ou precaução, o indivíduo leigo recorre ao médico para diagnosticar e tratar a moléstia que o acomete por não entender ou associar a clínica apresentada à doença “x” ou “y”. Dessa forma, o leigo pode, necessária ou desnecessariamente, buscar o recurso adequado para investigar o sinal ou sintoma anormal. Em contrapartida, o não leigo – o profissional da saúde – não se exaspera tão facilmente, recorrendo a condições minimizadoras da clínica apresentada.

Para os participantes esta situação é considerada um descuido, pois a condição aparentemente sem importância pode agravar-se devido à negligência do profissional em procurar o recurso adequado e tornar-se uma enfermidade tardiamente grave, como denotam os relatos a seguir:

Às vezes, a gente subjuga uma dor, um sintoma que a gente tem, não se preocupa muito, e que pode vir a ser uma coisa mais séria, né? E, às vezes, eu acho também, que a gente resolve as coisas simples, de uma maneira simples (P.7).

A sorte que a gente tem é que normalmente não é coisa grave (risos de todos). Tem coisa, uma dor de cabeça, que a gente trata (automedicação) e nunca mais incomoda, normalmente não é coisa séria, que quando for a gente demora mais a descobrir (P.10).

... Vai persistir os sintomas e com certeza a tendência é se agravar (P.1).

Segundo o depoente abaixo, embora os profissionais (quando apresentam algum sinal ou sintoma de enfermidade) busquem auxílio de outros profissionais da saúde tardiamente ou não tão abruptamente quanto à população leiga, faz-se o diagnóstico e tem-se o início do tratamento, na maioria das vezes, mais rápido que o leigo. Tal justificativa se daria justamente por este profissional fazer parte do sistema/serviço de saúde, que mesmo com todas as dificuldades relatadas anteriormente, pode auxiliá-lo a desencadear o processo assistencial, sendo facilitado pelas inter-relações e conhecimento a acerca do funcionamento do sistema/serviço e dos modos de intermediação para obter o acesso diagnóstico e terapêutico necessários.

Com sintoma, acaba conversando com as pessoas (do meio) e a gente chega mais rápido (ao diagnóstico) do que as pessoas que tão de fora. A gente tem mais acesso as coisas. Ah, eu preciso de tal coisa, tu consegue antes. Embora tu comece a investigar mais tarde, o diagnóstico acaba sendo mais precoce do que de uma pessoa que está fora do sistema de saúde. A gente aqui dentro consegue o que a gente quer (P.10).

Por outro lado, salienta este participante que:

[...] às vezes, um sintoma que só ocorre quando a gente tem que sabe que só ocorre quando acontece alguma coisa mais séria, logo busca, né? (P.7).

Esta fala denota que por deter conhecimentos da área da saúde e potencial para relacionar sinais e sintomas clínicos às condições patológicas, o profissional procede à investigação, sem hesitação, quando relacionados a alguma condição grave.

Autocuidar-se é também cuidar da própria saúde e prevenir doenças através de atitudes e medidas de prevenção primária, faz parte desse cuidado (BAGGIO, 2004). No entanto, os profissionais deste estudo, embora desempenhem sua prática laboral em ambientes destinado à promoção da saúde e tratamento de doenças, denotam pouco cuidado consigo no que diz respeito à prevenção, ficando este cuidado postergado, mesmo atuando em seu cotidiano em prol do cuidado do outro.

Muitas vezes a gente esquece né? Cuida mais dos outros e esquece de cuidar de si mesmo, né? [...] só vai perceber que o corpo tá doente quando a máquina começa a falhar, né? (P.6).

Faz tempo que eu não faço algum exame de rotina. Olha pra dormir tá difícil [...] não consigo dormir, porque eu viro prum lado dói o pescoço, viro pro outro dói o ombro, porque daí sobrecarrega o ombro, de barriga pra cima eu ronco. [...]. Daí a gente custa pra dormir [...] toma um remedinho, passa, passou e vai passando. Quando tu vai no médico é porque tu já não agüenta mais e aí aquilo que era uma coisinha mínima já é um problemão, porque tu vai adiando, tu vai melhorando, vai passando... passou bem, não vai. [...] eu não consigo dormir bem, desde novembro (entrevista em outubro de 2007) (P.3).

Se algo não está bem com o corpo, este sutilmente manifestará algum sinal de alerta de que alguma coisa está errada. Conforme o relato acima, de P.3, o seu sono é interrompido por sinais e sintomas álgicos em diferentes partes do corpo, embora de pouca intensidade, manifestando e alertando que algo não está bem em seu corpo físico e biológico. Contudo, medidas paliativas através da automedicação são utilizadas para minimizar as manifestações, sendo o cuidado de si mesmo protelado, mais uma vez.

Quando alguma intercorrência do organismo físico/biológico tem os sintomas minimizados e ou mascarados pela automedicação, que provoca o alívio álgico, tem-se a possibilidade de complicações também serem mascaradas ou não percebidas.

De acordo com Meleiro (2001), a automedicação é uma prática que pode comprometer a saúde das pessoas, que antes de sanar, pode maximizar o problema ou trazer complicações indesejadas. A autora salienta que a automedicação pode mascarar a doença, podendo comprometer o diagnóstico e o tratamento precoce de uma doença mais grave. É entendida como uma medida paliativa, não efetiva, pois minimiza os sinais e sintomas, mas não trata o problema que pode ressurgir

potencializado. Assim, constata-se que a algia (sintoma) pode ser combatida, mas não sua causa.

Segundo Baggio (2004), os profissionais da área da saúde estão mais propensos a automedicação do que outros (leigos) por terem conhecimento sobre as drogas disponíveis, suas indicações e possuírem, via de regra, o acesso facilitado à droga, favorecendo a atitude da automedicação que visa primeiramente solucionar um problema de saúde ou minimizá-lo. Porém, a atitude de automedicar-se sem o acompanhamento de outro profissional pode se tornar o uso abusivo ou indiscriminado. Assim, salienta a autora, que o profissional da saúde que se automedica, baseado em seus conhecimentos e suas necessidades, e que, desconsidera o acompanhamento de outro profissional para julgar os benefícios e malefícios da conduta adotada, corre o risco de sofrer os efeitos indesejáveis e até irreversíveis provocados pela droga.

7.2.6 Descuidando de si, sendo cuidado e cuidando do outro

Depreende-se a respeito do cuidado com a própria saúde, que alguns dos profissionais de enfermagem descuidam de si enquanto cuidam do outro. Manifestam estar o próprio cuidado, em segundo plano. Preterem a necessidade de cuidado pessoal, como não sendo prioritário, que pode ser adiado.

O profissional, ciente da inadequada postura em relação ao cuidado de si, manifesta:

Relaxamento (no cuidado de si), né? Acaba relaxando e...vai levando, vai levando [...] a gente sempre se deixa pra depois, segundo plano, né? (P.2).

Baggio (2004) aponta em seu estudo, a respeito do cuidado de si e do outro pelos profissionais de enfermagem, que estes cuidam do outro e são descuidados com o próprio cuidado. O cuidado está prioritariamente relacionado ao outro, seja o cliente, o familiar e outros, ficando o cuidado de si mesmo postergado em prol deste outro.

Elias e Navarro (2006) discorrem que na hierarquização do cuidado na vida do enfermeiro, está o cuidado do outro, seja no hospital seja na família. Em

contrapartida, o cuidado de si quase sempre está em último plano por motivos particulares ou não. É o tempo exíguo, devido às inúmeras atividades profissionais, um motivo prevalente da falta de cuidado de si.

O cotidiano dos profissionais de enfermagem é preenchido com inúmeras atividades de trabalho e particulares, com as quais se preocupa. Não obstante, justifica-se como motivo para a falta de cuidado de si, o fato de a maioria dos participantes do estudo possuir mais de um emprego, encarando a saúde como objeto de trabalho e não como cuidado pessoal, como expõe o participante:

“Talvez tu encare a saúde como um objeto de trabalho e não como um cuidado pessoal. O cuidado da saúde faz parte do teu profissional, mas quando a gente tem que levar pro pessoal, acaba encarando como parte do teu trabalho, fica meio dissociado” (P.10).

Além das atividades laborais, alguns profissionais do gênero feminino detêm também a tarefa de ser mãe, esposa e responsável pelo cuidado do lar. Com o exíguo tempo que possuem estas profissionais, o cuidado de si limita-se ao período em que não estão desempenhando estas atividades. Segundo a participante para o cuidado de si: *“às vezes falta de tempo, né?” (P.8).*

A falta de cuidado de si mesmo e os sinais emergentes do descuido são entendidos como um problema, porém atribuído como de pouca importância, visto a demanda cotidiana de cuidados a outros seres (familiares) e a outras coisas (da casa), como afirmam os participantes:

Eu acho que a gente até olha pro problema da gente, mas acaba diminuindo ele, não dando a devida importância, né? Se preocupa com casa, família, né? Com tudo. E vai sempre deixando àquele problema. Falta a gente olhar com mais carinho (P.7).

Principalmente quando tu tem uma casa, filho e marido e daí tu vai te envolvendo com eles e vai te esquecendo, né? (P.2).

... nesses momentos a gente esquece do eu ser humano, né? (P.7).

Ao envolver-se com compromissos e afazeres cotidianos do lar e com os cuidados da família (filhos, marido, outros) a profissional de enfermagem, que exerce atividade como cuidadora de outros seres sejam cliente(s), filho(s), o marido e também do ambiente doméstico, esquece-se do próprio eu, sendo que também é um ser humano que precisa de cuidados enquanto ser de necessidades.

As relações de si junto com o outro possibilitam a integração e o sentimento de cuidado que se processa a partir das trocas com o outro. Mas, o profissional por sua capacidade humanística e técnica realiza o cuidado do outro e, contraditoriamente, não presta a mesma atenção ao seu próprio cuidado, indicando a negligência do cuidado de si, pois a enfermagem possui um compromisso maior, o cuidar como forma de viver, de cuidar, de interagir com o olhar no outro, de conviver com a coletividade.

Ao relacionar o cuidado de si e outros cuidados que realiza enquanto mulher, esposa, mãe e profissional, considerando a questão de gênero, os compromissos e responsabilidades múltiplas, a participante afirma:

Na verdade, a mulher foi criada pra ser cuidadora e não para ser cuidada, então... não tem ninguém pra cuidar de ti né, tu cuida deles, mas... (P.8).

No depoimento acima, a profissional de enfermagem expõe os conflitos do gênero, colocando-se numa condição de opressão, dada a condição feminina. Manifesta a responsabilidade do gênero feminino pelo cuidado do outro enquanto mãe, esposa e profissional. Uma cuidadora dedicada, que foi criada para cuidar e não para ser cuidada. Seria esta a realidade e a maneira de conduzir a própria vida, também de outras trabalhadoras da enfermagem? As profissionais de enfermagem precisam colocar-se na condição acima relatada, dada a condição de gênero feminino? Que implicações estão envolvidas na forma acima de conduzir o cuidado de si, do(s) outro(s) e de outras coisas? A condição de gênero tem implicância para o cuidado de si, do outro e de outras coisas?

Conforme Fernandes et al. (2004), as enfermeiras/mulheres/mães não conseguem separar a vida familiar e da vida profissional, sendo o trabalho de enfermagem percebido como uma extensão do cotidiano da mulher com o cuidado da família (das crianças, do marido), não separando delas próprias o mundo do lar e o do trabalho.

Em contrapartida, embora não preste a devida atenção ao cuidado de si, outra participante anuncia sentir-se cuidada pelo outro, neste caso o marido:

Geralmente quem marca minhas consultas, pra mim, é o meu marido. Ele que foi lá e marcou o médico de coluna. Já chega eu vou marcar e tu vai ir (disse o marido). Ele vai junto e assim todas as consultas ele tá ali do lado para ter certeza que eu não vou desistir

da consulta. Ele que tem esse cuidado, senão ia passando. Não cuido (do eu). Eu cuido dos outros. Eu não me cuido (P.3).

Constata-se, dessa forma, que não parece ser uma questão de gênero feminino o ato de cuidar do outro e sim de todo e qualquer ser humano, independentemente de gênero. Porém, a responsabilidade pelo próprio cuidado deve partir, numa condição primeira, do próprio ser humano e profissional de enfermagem, como critério para também poder cuidar do outro.

No exercício do cuidado de si, situações do cotidiano *a priori* não percebidas como significativas, neste momento reflexivo, são resgatadas da memória dos participantes. Em situação vivida junto a outro ser humano – cliente, o profissional foi surpreendido por este quando sua atitude otimista denota independência para o cuidado, como se lê no relato a seguir:

Me lembrei do paciente Fulano, perguntei: foste no banheiro sozinho? E ele respondeu: Já fui sozinho, eu me cuido! Eu faço tudo, me cuido! (P.3).

A fala anterior surpreende o profissional por dois motivos. O primeiro, manifesta a surpresa pela independência e iniciativa para o autocuidado pelo cliente. O segundo, o cuidado de si implícito na atitude do cliente não corresponde às atitudes do profissional para o próprio cuidado.

Conforme Celich e Crossetti (2004) os seres humanos por coexistirem e coabitarem o mundo são considerados seres sociais que necessitam e vivem para si e para o outro. Condição esta que impele à compreensão mútua nos modos singulares de convivência e de cuidado.

Dessa forma, a relação de si com o outro é salutar aos seres humanos para o entendimento dos modos particulares do cuidado de si e para a compreensão da melhor condição de cuidar do outro, respeitando os saberes e fazeres particulares de cada indivíduo.

7.3 OFICINA III – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DO OUTRO PARA O “EU – SER HUMANO” E PARA O “EU – PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”

Inicia-se a terceira oficina denominada **refletindo o significado do cuidado do outro para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”** (Apêndice 4).

No momento inicial, denominado **“Preparando-nos para a oficina”**, foi utilizado o roteiro de discussão baseado no Princípio da Incerteza de Edgar Morin, adaptado ao tema da oficina para incitar a problematização e reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre o significado do cuidado do outro para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”.

No segundo momento, denominado **“Indo ao ponto X”**, a enfermeira mestrandia conduziu o pensar reflexivo pelos profissionais de enfermagem para a compreensão do tema proposto, conduzindo o pensar sobre a complexidade das relações humanas no cenário em que elas ocorrem, a partir do resgate das discussões ocorridas na oficina anterior.

Encerra-se o último momento, denominado **“Fechamento”**, buscando-se relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente as diferentes dimensões de cuidado que ocorrem a partir das relações humanas.

Da terceira oficina emergiram três categorias e respectivas subcategorias, que serão apresentadas seguir:

7.3.1 Significando o cuidado do outro, tendo como subcategorias:

7.3.1.1 Cuidando do outro – cliente;

7.3.1.2 Cuidando do outro – colega;

7.3.1.3 Conflitos nas relações com o outro – colega;

7.3.2 O cuidado do outro invisível e visível;

7.3.3 Invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria.

7.3.1 Significando o cuidado do outro

Para melhor compreensão do significado do cuidado do outro para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”, foi imperativo conhecer quem é o outro para os participantes. Assim, conforme as falas, o outro é/são:

Todos aqueles que a gente convive no dia a dia, seja o paciente, família, filho, irmão, até familiar do paciente... o colega, um amigo, um familiar, um colega de trabalho ou até mesmo o nosso familiar, esposo, esses são o outro (P1).

Pode ser o meu o colega na sala de aula... (P.5).

Qualquer pessoa que tu te relaciones (P4).

Aquele que não é a gente [...] um outro ser, uma outra pessoa, um outro universo, um outro mundo. Eu não posso ser o outro, eu sou o outro para outra pessoa. Ele é o outro, minha filha é o outro, uma outra pessoa, um outro ser. Todos que existem que não sejam eu é um outro. Se ele interage comigo ou não... é outro significado (P.5).

O outro pode ser eu também. Porque eu, na verdade, sou uma junção, uma união de vários outros, meu pai, meu avô, minha mãe, minha tia, meus antepassados [...] eu sou um pouquinho de cada um, né? Que forma minha personalidade (P.5).

Eu também tenho um pouquinho de ti (P.6).

A partir do entendimento dos participantes, estes significam e conceituam que o(s) outros(s) é/são: seres da convivência cotidiana como o colega, a família, o filho, o irmão, o paciente e até o familiar do paciente, ou seja, são seres de relação; que o “eu” se relaciona/interrelaciona. Contudo, o “outro” é aquele que não é o “eu”, mas, ao mesmo tempo, este “outro” tem um pouco do “eu” e de outros seres de sua relação, ou seja, um mesmo ser reflete vários outros seres; estes são uma junção/união de vários outros, como os pais, os avós, os antepassados. Assim, um único ser é constituído pela interação/associação/integração/relação com vários outros seres e herda desses algumas características específicas que o constituem enquanto ser singular e plural. Por fim, o “eu” não pode ser o “outro”; o “eu” é o “outro” para “outro” ser.

Mesmo sem ter o conhecimento profundo do referencial teórico, os participantes mergulharam no tema e deixaram-se fluir pelo pensamento complexo, que relaciona e integra os seres para a compreensão de um fenômeno: o cuidado do

outro. A seguir será apresentado o entendimento dos participantes quanto ao cuidado do outro – paciente e do outro – colega e os conflitos emergentes das relações com o outro – colega, no ambiente de cuidado.

7.3.1.1 Cuidando do outro – cliente

O cuidado do outro – cliente é subjetivo e individual de cada cuidador. Todavia, é fundamental que o cuidado seja voluntário, solidário e processe o envolvimento.

Vai depender de como essa pessoa define esse outro, quem é esse outro para aquela pessoa. [...] Vai depender de como cada pessoa enxerga esse outro... não enxergar só como paciente, com obrigação, não querendo se envolver... (P.7).

Na relação de cuidado com o cliente há grande preocupação dos profissionais de enfermagem em “se colocar no lugar do outro”, transmitindo ao outro o que gostariam de receber se a situação fosse invertida, numa clara atitude de empatia.

Cuidar com empatia, neste estudo, significa fazer ao e pelo outro o que gostaria de receber ou que fizessem para si. Além disso, os profissionais assumem o cuidado do outro como se fosse o seu próprio cuidado, como apontam os seguintes depoimentos:

Eu cuido do paciente ou tento passar aquilo pro paciente, porque eu me ponho no lugar dele, eu cuido do outro como gostaria de ser cuidada, né? Que aquilo que eu quero receber eu faço pros outros, que daqui a pouco eu tenho retribuído (P.1).

Eu acho que eu cuido como profissional, eu cuido e tento fazer o melhor e mais bem feito, porque eu gostaria de ser tratada assim, entendeste? Como profissional, uma boa profissional, capacitada pra fazer aquilo..., e ser humana também, pra ver o lado do paciente também. Quer dizer, de ambos os lados, tem que ser uma boa profissional e amiga (P.1).

Ver se (paciente) ta confortável, se ta sentindo dor (P.2).

Dona Fulana que estava internada, quando ela fez cirurgia, ela tava cheia de drenos assim, cheia de dispositivos [...] ela tinha uma ansiedade [...] ela queria é que tu sentasse ali do lado e ficasse um pouquinho conversando. Talvez ela não tivesse tão preocupada com tudo aquilo que ela tava (drenos e dispositivos), mas ela sentia uma

necessidade de atenção, que tu sente converse um pouquinho com ela, ouça um pouco [...] ela quer atenção (P.7).

A atitude de cuidado da enfermagem demonstra solidariedade e sensibilidade ao outro; denota preocupação com a integridade moral e dignidade do paciente como ser humano que é. O profissional de enfermagem, durante a realização do cuidado, busca um atendimento mais humano, considerando, igualmente, que o outro é um ser individual e único (BAGGIO, 2004).

O profissional vivencia momentos ímpares na relação de cuidado com o outro que o torna importante pela sua capacidade de prestar um atendimento personalizado, voltado para o ser humano e não para a sua doença. Nesta lógica, o paradigma da complexidade fortalece o entendimento das realidades complexas e revela as incertezas das estruturas do conhecimento, do saber técnico, que não atende unicamente às necessidades do outro, é preciso estar atento para o movimento dinâmico de cuidados, reconhecer as fragilidades presentes na mais variadas formas, dimensões e saberes do agir humano (ERDMANN et al., 2007).

Cuidar inclui oferecer ações profissionais qualificadas e atitudes estritamente humanas. O cuidado profissional, especializado e qualificado, é fundamental para assegurar ao outro a reabilitação e a promoção da sua saúde. Contudo, nenhuma ação, por mais tecnicamente qualificada que seja, irá substituir a ação humana. Para oferecer a atenção e a escuta não é necessário ser um excelente profissional, basta ser humano.

O cuidado é intrínseco do ser humano, na verdade. [...] a gente olha também pelo lado profissional que depende de conhecimento que te embasa. Mas o cuidado, na verdade, às vezes, não é profissional. Por exemplo, se alguém tá chateado, eu não vou usar nenhuma técnica de enfermagem [...] pra cuidar dessa pessoa, às vezes basta escutar, um ombro [...] e não é profissional, não tem nenhuma técnica pra isso (P.8).

Eu vejo o lado muito do humano... a nossa profissão também exige isso, né? Porque, já pensou, tu tá debilitado, tu tá naquela cama ali... Ai, tu chega, vai preparar uma medicação, ou seja o que for e já começa a tremer, olha a tua insegurança ali. Será que ela sabe o que tá fazendo? Já vem aquele ponto de interrogação (paciente): Será que ela sabe fazer? Será que ela tá fazendo a coisa certa? Ai, tu já chega ali, não cumprimenta, já coloca um obstáculo entre o paciente e profissional. [...] Então, tu imagina, se tu chegares e já formar um obstáculo, olha a situação que vai dar, o paciente pode aumentar uma PA (pressão arterial), pode tornar-se emocionalmente

chorosa; Então, se tu é boa profissional e boa companheira, amiga, eu acho que os dois tem que trabalhar junto (P.1).

O profissional de enfermagem deve estar alicerçado em conhecimentos científicos e técnicos específicos da profissão e reproduzi-los em sua prática. Deve, o profissional, exercer suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética. Além disso, a dignidade e os direitos humanos dos clientes devem ser respeitados em todas as suas dimensões (COFEN, 2007). Com base nos princípios da profissão, o profissional afirma:

Tem que avaliar também, se ele (paciente) é de longe, se ele tá orientado que tem direito às refeições, se ele tá orientado (o paciente que vai fazer cirurgia) que tem direito a acompanhante. Até pro bem estar do paciente, né? (P.1).

Complementando o que especifica o COFEN (2007) acerca da profissão, é preciso que a enfermagem desenvolva um conhecimento complexo do saber nas múltiplas áreas do conhecimento a fim de transpor os desafios cognitivos e atender as necessidades de sua clientela através de práticas integradoras do cuidado, rompendo o modelo fragmentado e tecnicista do saber/fazer (BACKES et al., 2007).

O profissional comprometido com a saúde das pessoas assegura a assistência de enfermagem, respeitando os horários das medicações, principalmente quando se trata de medicação antibiótica. Evita assim, a negligência em suas ações.

Tem a preocupação, por exemplo, tem a medicação, a gente tem a preocupação que às 4 horas (turno vespertino) tem a medicação. A tua cabeça tá ligada que tu tens aquele cuidado (ao paciente) àquele horário, que se passar, por exemplo, se passar o horário de antibiótico, talvez não tenha o efeito desejado (P.2).

Vislumbra-se que os profissionais de enfermagem, participantes deste estudo, são comprometidos com a profissão e principalmente com o outro – cliente. Em suas ações respeitam o que prevê o código de ética dos profissionais de enfermagem, como prevê a resolução do COFEN 311/2007 (COFEN, 2007).

Os profissionais manifestam a preocupação e o respeito pelo outro, incluindo o atendimento dos direitos dos clientes e seus familiares, na instituição hospitalar. Além de priorizarem em suas ações a qualificação técnica e humana, os profissionais demonstram atenção à integridade física e moral dos seres que estão sob seus cuidados. São características de cuidado: a empatia, a solidariedade e o envolvimento com o outro – cliente enquanto seres de relação.

7.3.1.2 Cuidando do outro – colega

O outro entendido como o colega, na percepção dos participantes, em sua singularidade e pluralidade, é aquele que se relaciona; que estabelece algum tipo de relação com outro ser, independentemente do vínculo que possui, podendo ser uma pessoa conhecida ou desconhecida pelo outro, mas reconhecida na sua existência e relação estabelecida.

Seria as pessoas pelas quais a gente se relaciona. Por que um familiar não deixa de ser um colega. Todas as pessoas que a gente se relaciona (P.7).

A relação de cuidado se processa quando há a preocupação de um com/pelo outro ser. Nesta relação, a priori, é dispensável ser este outro um conhecido ou desconhecido, ter amizade e ou simpatia, e sim importa fundamentalmente o reconhecimento deste outro como um ser de necessidades.

É possível sentir-se reconhecido pelo outro quando, por exemplo, “[...] alguém que te dá um espaço no ônibus” (P.5).

A afirmação anterior suscita a reflexão pelos demais participantes, emergindo a seguinte resposta: “quando alguém cede lugar pra ti (no ônibus), ta pensando no teu bem estar, ta cuidando de ti de certa forma” (P.7).

Portanto, ocupar o mesmo espaço social não significa cuidado se não houver na relação espacial, a intenção benevolente, de preocupação de um para com o outro, como salienta o participante:

Às vezes, tu vem até no ônibus, tu pega o ônibus, tu senta, a pessoa que senta do teu lado todo dia se torna como se fosse um colega, mas jamais ela vai se preocupar contigo... Não é o mesmo que ta no ambiente de trabalho, no meu caso assim, vocês se preocupam

comigo... a amizade mesmo, a preocupação de vocês comigo, das minhas filhas comigo, do meu marido comigo, das minhas irmãs e dos vizinhos mais próximos, porque às vezes tu têm aquela amizade lá fora que não tem aquela preocupação contigo (P.1).

[...] a gente sempre tá preocupado se a outra pessoa (colega) conseguiu fazer tudo o que ela tinha pra fazer, se ela precisa de alguma ajuda, quando ela tá angustiada, tipo eu quando não consigo fazer alguma coisa, sempre tem alguém que vai comigo... A gente se preocupa se a outra pessoa conseguiu.. muitas vezes, até alguma coisa sem a pessoa saber, mas acontece, o cuidado invisível, assim, né? (P.5).

Em contrapartida, na relação entre os seres próximos ou não, o cuidado pode ser processado, dependente ou independente à existência ou co-existência do sentimento de simpatia, amizade ou proximidade com o outro – colega. Assim, elucidam os participantes:

É a pessoa que tá no dia-a-dia, no conjunto de trabalho, né? [...] Mas, nem sempre eu falo (com o outro – colega) ou apresento alguma simpatia, mas cuido de ti (o outro – colega) de outra forma (P.1).

Porque na verdade, assim, as pessoas podem ser gentil... Na verdade, o que é amizade, né? (P.5).

Importa na inter-relação que esta processe o cuidado, a consideração pelo outro, tendo a capacidade de empatia, permeada de atitudes e manifestação de gentilezas na relação com o outro. As atitudes solidárias aproximam as pessoas e facilitam a inter-relação.

A gente cuida (do outro – colega) chamando para tomar um café, se alimentar, conversando, ouvindo... (P.2).

Mas se a pessoa não sente empatia por ti, eu acho complicado... (P.8).

A convivência diária e prolongada no ambiente laboral, junto aos colegas, possibilita a interação e a integração entre estes promovendo a formação de vínculos afetivos. O fato de conviverem e partilharem sentimentos, experiências e conquistas fortalece os laços de amizade e solidariedade, suscitando sentimentos normalmente voltados para pessoas muito queridas – os familiares. O acolhimento

do/pelo outro – colega promove a relação profissional à relação interfamiliar, ultrapassando o espaço institucional, como elucidam os participantes:

Como a gente vive muito tempo aqui, a gente se torna uma família, né? Então a gente se sente como se fosse irmãos mesmo, né? A gente passa a ter o colega como realmente um membro da nossa família (P.1).

A gente tem uma amizade (entre colegas) aqui e tem um pouco de amizade fora daqui, então, claro, isso facilita também, né? [...] Falando de cuidados entre colegas, amigos de serviço... eu tenho liberdade, claro, de vir aqui de falar, de falar da minha vida (P.5).

Leis e Assmann (2007), na obra *Críticas Minimalistas*, aludem sobre a importância da amizade, pouco valorizada nas relações estabelecidas na sociedade atual, ou seja, cada vez mais líquidas, assim como são mais líquidas as verdades, os valores, as identidades, as expectativas dos seres humanos que sofrem e fazem outros sofrerem por conta das relações humanas cada vez mais frias, impessoais, individualistas e egoístas. Contudo, neste estudo, observa-se que os seres que dele participam, apontam o valor ou mesmo a existência de relações de amizade no ambiente de trabalho e fora dele.

Sabe-se que manter amizades, ou criar outras novas, exige esforço dos seres no que tange à doação, renúncia, escuta, solidariedade, compaixão, tempo, etc. E, na contemporaneidade, vê-se que as pessoas têm considerado pouco o valor de uma amizade, privilegiando as relações de caráter estritamente profissional, dada à exigência da produção e do consumo da sociedade capitalista (LEIS; ASSMANN, 2007).

A economia capitalista, que gere o trabalho e os corpos na contemporaneidade, é expressa no andar das pessoas apressadas, no olhar evasivo e arisco e no cansaço aparente, na falta de tempo e disposição para o outro, para a solidariedade. O trabalho e a jornada exaustiva do trabalhador dispersam e dilaceram amizades, afastam pessoas e ignoram a importância da ligação humana dada a urgência do sucesso particular e lógica produtiva (GOMES; JÚNIOR, 2007).

Todavia, os participantes do estudo, mesmo em suas atividades laborais, buscam integrar às ações profissionais atitudes de cuidado do outro – colega, através da descontração e do canto, que irradia boas energias, bons fluídos, otimismo, segundo o depoente:

[...] eu acho que tu tando bem contigo, cantando, tu tá passando boas energias pro colega. Entendeste? [...] como eu estou cantando ali, a (colega) até começa dar uma resmungadinha, querendo cantar. São bons fluídos (P.1).

Na convivência, os seres estabelecem o respeito, o carinho, o cuidado do/com o outro a partir de atitudes de empatia e preocupação com a qualidade das relações.

... respeito um pelo outro (colega), carinho que a gente tem um pelo outro, cuidado de não ta ofendendo ninguém, de não ta machucando ninguém, às vezes a gente não ta bem, mas o outro não tem culpa disso, então não trazer pro coletivo. Às vezes, tu não ta bem, mas não precisa fazer tua equipe sofrer com isso, né? O cuidado mesmo! (P.8).

Os depoimentos apontam para a abertura e liberdade na relação com o outro, em que a ajuda mútua fortalece os vínculos e as relações humanas.

[...] e também, eu acho que o entrosamento (entre colegas) dá liberdade da Fulana chegar pra mim: ó Fulana eu to precisando de ajuda, sei lá, numa punção venosa, eu to meio atrapalhada que chegou mais paciente. Tem essa liberdade de ela também ta me pedindo ajuda. Que nem sempre eu vou ver se ela ta precisando (P.6).

O inter-relacionamento ocorre cotidianamente no espaço organizacional e a qualidade do cuidado entre os seres depende, diretamente, da forma como ocorrem essas relações. Em termos mais específicos, o cuidado recebido do outro depende, também, do cuidado dispensado a este.

O outro vai te devolver o que tu fizer pro outro [...]. Se eu sorrir menos para Fulana, a Fulana vai sorrir menos pra mim. Se a Ciclana sorrir mais, vai ter mais sorriso uma pra outra [...] (P.9).

Ao interagirem, os seres sentem e fazem sentir o cuidado processar. Em outras palavras, as trocas são estabelecidas a partir das relações humanas paralelas ou não, que se configuram num limite de espaço e tempo, na circularidade das ações, reações e retroações entre os envolvidos.

[...] a Fulana é uma pra você, uma pra ela (outra colega), uma pra mim. Ela não é igual pra todos nós [...]. Cada um reflete um pouquinho ela. [...] (P.9)

A sobrevivência das relações e das trocas se dá a partir de distintos mecanismos de interesses, sejam temporários, permanentes, eventuais. Contudo, a motivação para estabelecer, manter ou rescindir a relação com o outro dependerá do grau de necessidade e retorno advindo para um ou ambos os seres.

[...] existe relação de interesses, né? Eu sou amiga de quem eu quero que seja meu amigo, eu vou agradecer porque... é do meu interesse (P.9).

Segundo Waldow (1998b), para cultivar um relacionamento de cuidado deve-se valorizar e praticar o cuidar/cuidado entre si, pois não deve este ser apenas um privilégio na relação com alguns. O ambiente de trabalho deve ser moldado em comportamentos, atitudes, ações e conhecimento de cuidar/cuidado, seja na relação inter e intra-institucional.

Já para Erdmann (1996, p.94-95)

os momentos dos movimentos-ondulações das relações de trabalho ou profissionais não estão unicamente centrados nas atividades de trabalho e sim com atividades ao processo de viver das pessoas que habitam este espaço social, cujas relações são próprias da convivialidade humana num ambiente/espaço de trabalho.

Indubitavelmente, ocorre a necessidade de cultivar/promover/fortalecer relações humanas saudáveis, nos múltiplos ambientes, seja o laboral ou o pessoal, que transcendam os interesses individuais e o egoísmo. Os seres humanos precisam ampliar os laços de amizade, as parcerias, as trocas, o diálogo consigo mesmo e com o coletivo, atentando para a dimensão de cuidado do outro e de si mesmo. O privilégio deve ser o cuidado e os movimentos das relações de cuidar/cuidado devem privilegiar o outro, independentemente do espaço social, da cultura, da condição econômica...

7.3.1.3 Conflitos nas relações com o outro – colega

A partir das relações interpessoais, que mobilizam e são mobilizadas pelos profissionais e outros sujeitos de relação, que transitam no espaço hospitalar, é importante sentir-se confortável e feliz no ambiente de trabalho. Percebe-se a partir das falas que na mesma unidade hospitalar, porém em um dos turnos de trabalho, é difícil de ser prazerosa a convivência com os demais colegas, devido a pouca colaboração.

Eu não gosto de vir trabalhar aqui de manhã, porque eu não tenho as pessoas que colaboram comigo, eu não acho que colaboram comigo da mesma forma que eu. Então, o próprio lugar, dependendo do turno. Eu me sinto mais confortável e mais feliz trabalhando com as pessoas do turno da tarde (P.2).

É eu sou mais da tarde, mas graças a Deus eu me dou bem com todos.... até porque às vezes a gente tem umas colegas que é difícil de relacionamento [...]. Aqui no Hospital, as pessoas são bem complicadas, até pra nós que trabalhamos aqui, se tu sai desse meio, desse nosso grupinho aqui, e tu precisa de ajuda ou vai pra outra unidade, tu vê o quanto é difícil o relacionamento humano... Parece que as pessoas não conseguem abrir o espaço pra ti, como se tu tivesse invadindo... (P.1).

As relações humanas nos espaços do hospital são complexas, como o próprio profissional assinala, na fala a seguir, não no sentido de complicação, mas no sentido de movimentos e ondulações próprios da complexidade, segundo MORIN (1996, 2006a, 2006b). Os profissionais de enfermagem que convivem no ambiente hospitalar vivenciam o cuidado humano para um conviver mais saudável, mas também experienciam e enfrentam as conturbações do cotidiano, que inquietam a si e ao coletivo. Apesar disso, buscam superar as animosidades do/no ambiente de relações.

Eu já trabalhei na outra ala, daí um dia eu cheguei de manhã e disse bom dia! E o outro (colega) respondeu: só se for pra ti, porque pra mim tá sendo péssimo! Uma pessoa que estava sempre de baixo astral, nada era bom. Nunca tava bom, é complicado... querendo ou não baixa o astral, assim, tu tem até medo de chegar pra pessoa oferecer ajuda e ela vai vir e dizer: por que tu acha que eu não to dando conta? É complicado, é complexo, as pessoas são diferentes e tu tem que saber lidar com isso. Aqui na nossa ala não tem esse lance assim... (P.2).

Conforme Costa (1998, p.96), “esta relação de si com o outro nem sempre se dá de forma harmoniosa e ordenada”. Ao contrário, se dá de modo complexo e conflituoso, desencadeando o afastamento para afastar-se do conflito, embora este seja necessário também para o crescimento das relações.

As sinuosidades advindas das relações, as inesperadas e tumultuadas atitudes do outro no conviver, habilitam o ser humano ao amadurecimento e ao equilíbrio entre o racional e o afetivo; suscitam o sentido da vida e sentimento de valor e de pertença; auto-organizam as sensações, emoções, desejos e necessidades para um conviver mais saudável.

Percebe-se, em alguns casos, que há dificuldade entre os profissionais de enfermagem para estabelecer um relacionamento, além do profissional. Não obstante, os seres podem optar por evitar as sinuosidades advindas das relações conflituosas, para evitar também o sofrimento numa relação não harmoniosa, permeada pelo medo de invadir o espaço particular do outro. Como afirma o participante:

Tu nunca sabe a reação do outro, então, às vezes a gente prefere não fazer ou não agir da forma que você gostaria de agir, por medo, né? [...]. Numa relação profissional, a gente se sente meio assim, porque não sabe a reação do outro, né, e a gente não fala por não saber a reação. Eu acho que é muito mais fácil a gente aplicar a técnica, do que a relação com o outro (P.5).

Assim, alguns profissionais de enfermagem, na relação com o outro – colega demonstram um envolvimento bastante superficial/simplificado, manifestando atitudes de impessoalidade em resposta ao também impessoal e fragmentado envolvimento do outro – colega ser de relação. Os profissionais, colegas e seres de relação, transformam, dessa forma, as relações que poderiam ser de solidariedade, de sensibilidade, de preocupação com o outro ser, em relações distantes, puramente profissionais, técnicas e de cumprimento de tarefas.

A enfermeira gerencial da unidade, também participante do estudo, pontua que no desenvolvimento do gerenciamento de pessoal e dos conflitos emergidos das relações interpessoais, no ambiente de trabalho, evita confrontos diretos ou apontamentos duros com/sobre o outro, buscando entender situações e oportunizar ao outro também o entendimento. Assim, também cuida do outro enquanto gerencia.

Quando eu tenho que falar (chamar atenção de funcionário) eu evito colocar adjetivo, eu acho que eu sempre tive mais ou menos isso, de contar história e não assim de falar de outra pessoa, já rotulando, é isso, é isso, é aquilo. [...]. Tu ta quase mordendo a tua língua... mas tu não critica o outro, tu fala o que ta acontecendo, né? [...] Querendo ou não, quando a gente fala, também ta falando do outro, ta cuidando do outro (P.9).

Conforme Baggio (2004, p.133), “o ambiente institucional deve promover o cuidado aos cuidadores oferecendo o apoio necessário para que ocorra o cuidado do outro – paciente – colega adequadamente”. Assim, quem gerencia deve promover um ambiente/espço com adequadas condições laborais para os profissionais de enfermagem, de forma que este sinta satisfação ao desenvolver suas atividades, ou seja, sentindo-se também cuidado.

Segundo Costenaro e Lacerda (2001), quando o profissional de enfermagem apresenta um atestado por problemas de saúde, o mesmo é criticado pelos colegas, como se fosse imune às doenças. A preocupação dos demais colegas não diz respeito ao estado de saúde do que adoeceu e sim se o motivo do afastamento é realmente justificável.

No depoimento a seguir, o profissional aponta o sofrimento gerado quando ocorre a ausência de algum colega da enfermagem por atestado, justificando que quando falta um membro da equipe, conforme a escala de plantão mensal, recai mais trabalho para os que comparecem ao trabalho.

Aqui no hospital, a Fulana pegou atestado. Cada vez que tá de atestado, todo mundo sofre junto. A escala fica pior pra gente... Menos gente trabalhando, mais final de semana trabalhando... Então, vem aquela frase: a sociedade ta doente! Então não é só um, a família, a sociedade, né? (P.9).

Está explícito o reconhecimento, conforme o depoente, que a sociedade está doente, indicando a preocupação com o estado da saúde das pessoas, em geral. Contudo, este não parece julgar, condenar ou recriminar o colega que faltou por motivo de doença. Conforme o depoimento: “a sociedade tá doente”, questiona-se: Doente de que? Qual é a doença que acomete a sociedade em geral e também os profissionais de enfermagem, impedindo-os de desenvolver suas atividades laborais e comprometendo, em contrapartida, os demais profissionais e colegas da

enfermagem com o sofrimento da sobrecarga de trabalho? Que doenças afetam os profissionais e refletem no quantitativo da escala de enfermagem, através dos atestados médicos?

Não se adentrou nas causas de ocorrências de atestados na comunidade da enfermagem, em especial no grupo estudado. Mas, investigar a causa dos atestados é sugestivo para outros estudos específicos sobre o tema. Somente com um outro estudo poder-se-ia ter a resposta para as questões suscitadas no parágrafo acima. Porém, deixo-as latentes para quem sabe, numa próxima investigação, respondê-las.

Nesta categoria apresentam-se latentes, no entanto, as múltiplas interações e a ênfase nas relações entre os sujeitos, que transitam por conflitos, liderança, trocas, desorganizações e organizações internas, perturbações com eventos aleatórios que conduzem a desordem e à ordem enquanto um sistema de cuidado complexo (ERDMANN et al., 2007).

7.3.2 O cuidado do outro invisível e visível

Neste estudo o cuidado invisível refere-se ao cuidado silencioso, espontâneo, voluntário, não explícito, evidente ou visível, que não é percebido pelo outro. O cuidado invisível é sentido quando o profissional de enfermagem percebe-se, enquanto ser humano e profissional, invisível e 'desvalorizado na percepção do outro' ser.

Contudo, conforme os profissionais do estudo, para o cuidado ser praticado não é necessário conhecer o outro ou existir uma amizade que os aproxime e inter-relacione e sim a capacidade de empatia e o sentimento de solidariedade humana que compreende o cuidado de vários outros seres e não um único apenas, como alude o participante:

Existe o cuidado do outro sem ter uma amizade direta. Se eu vejo uma casca de banana caída no chão e eu não junto, eu não tenho cuidado, mas se eu tiro, eu tô pensando em vários outros que eu não tenho amizade [...] (P.9).

Quando o cuidado permeia as ações e atitudes das pessoas ele pode/poderá não ser percebido, quando rotineiro. No entanto, o não cuidado é percebido quando o outro – receptor do cuidado indireto – não o receber ou receber de forma fragmentada, não contemplando as expectativas deste outro ser de relação. Assim, o cuidado invisível torna-se visível, como não cuidado, quando não realizado. Tal condição é manifestada na fala a seguir, que complementa o raciocínio anterior.

[...] Como eu falei da casca de banana, se estiver no chão e ninguém retirar, vão perguntar: quem é que deixou isso aqui? Mas, se alguém tirou ninguém vai notar. E ninguém vai ficar dizendo: eu tirei essa casca de banana daqui pra ninguém cair! (P.9).

Em contrapartida, quando o cuidado ocorre, este não é percebido/apreciado/reconhecido, como o exemplo da casca de banana, quando alguém a percebe e a retira do ambiente sem anunciar que está tomando esta atitude para o cuidado do coletivo, e por isso não tem o devido reconhecimento pelo(s) outro(s).

Na dinâmica interação dos significados e experiências do cuidado no cotidiano dos profissionais de enfermagem, os participantes corroboram com a assertiva acima acerca da invisibilidade (invisível por si mesmo e pelo outro) do cuidado na própria prática cotidiana, porém apontam a visibilidade do cuidado nas seguintes expressões:

No laboratório [...] tem uns tubos que ficam em cima da geladeira, que todo mundo coloca e se ninguém tirar o pessoal da tarde tira, sem obrigação. Mas se ficar ali a pessoa vai notar que ficou, ah ninguém tirou... Às vezes, a gente cuida do outro sem que o outro saiba. Não precisa falar também (P.5).

A própria organização do nosso ambiente de trabalho, na parte de deixar material o material pro próximo turno, deixar o ambiente limpo para as pessoas que vão chegar (P.2).

A reflexibilidade capacita os participantes a vasculhar em suas próprias experiências e condutas o cuidado visível e invisível. Neste momento, o ser humano enquanto sujeito receptor e provedor de cuidado reflete subjetivamente sobre atitudes e ações, ora relacionadas a si e de si, ora ao outro e do outro, como se lê:

A gente reclama de alguma coisa quando ta errado, mas enquanto tem o cuidado o tempo todo ninguém nota [...] tem coisas (cuidado) invisíveis pro outro que a gente não nota [...] cuidado mais amplo,

mais silencioso, que ninguém enxerga. O cuidado invisível, que é pro outro, mas o outro não tá sabendo que tá sendo feito pra ele, e por isso às vezes, não é expresso. Mas quando alguém deixa de fazer, deixa de cuidar do outro, isso nota, a gente sente a falta (P.9).

Ao aprofundar a reflexão sobre o cuidado visível/invisível e elucidadas as situações experienciadas em diversos cenários do cotidiano, os participantes puderam desenvolver o olhar crítico sobre as próprias atitudes e as reconhecerem como de valor para com o outro, que conseqüentemente retornam para si o mesmo valor. Denotam assim, que as relações interpessoais mobilizam e são mobilizadas no/pelo ambiente laboral, na convivência com os demais seres, que promovem o cuidado humano na sua visibilidade.

Portanto, incitar a reflexão que contemple situações do cotidiano facilita o entendimento dos movimentos do cuidado inerentes ao mundo dos sujeitos, seja ele na condição de trabalhador de uma organização de serviços de saúde seja na organização familiar. O pensar e refletir criticamente o contexto em que se vivem e as relações que se estabelecem entre os diferentes sujeitos de interação conduz os participantes deste estudo a verem-se ‘desvalorizados na percepção do outro’ enquanto agentes de cuidado. Todavia, o sentimento de desvalia ao mesmo tempo em que reporta a si mesmo conduz a colocar-se no lugar do outro.

A organização familiar constituída pelos participantes do estudo também compõe relações de cuidado invisíveis ou pouco visíveis, já clamadas, porém, ainda sem muita visibilidade, na percepção dos participantes:

As mães fazem o cuidado invisível também para os filhos... as mães reclamam do cuidado invisível, reclamam que fazem e os filhos não valorizam, não vêem (P.9).

[...] toda dedicação pela casa pelos filhos, marido, pela casa... (cuidado invisível) (P.7).

Como lavar a roupa, se não lavar vão reclamar que não tem roupa limpa; fazer a comida, se não fizer comida vão reclamar que não tem comida. Não é uma obrigação, mas a gente faz como se fosse uma coisa involuntária (P.5).

No papel de mães, as participantes apontam que o outro, neste caso o filho, não valoriza o cuidado recebido, apenas reclama e lamenta quando percebe a

ausência deste. Reporta ser obrigação e dever enquanto mãe fazê-lo. É como se fosse dessa mulher e não de outra pessoa o dever de cuidar, arrumar, limpar, lavar, passar, organizar, planejar... Amplia-se para essas mulheres e mães, ainda mais, o sentimento de desvalia, quando alguma dessas atividades não é realizada, e torna-se o alvo de críticas fortemente negativas. Como se fosse apenas da mulher a obrigação do fazê-lo e não de outra pessoa.

Os profissionais de enfermagem deste estudo, predominantemente do gênero feminino, vivenciam e compartilham da pouca visibilidade diante da desvalorização do seu trabalho tanto em nível privado (eu – ser humano) quanto em nível público (eu – profissional).

Ser do gênero feminino ou ser do gênero masculino remete a percepções diferentes em relação a mulheres e homens, construídas a partir de suas experiências e vivências pessoais, dadas as condições históricas e culturais, em determinado espaço e tempo. As diferenças de gênero são construídas, além da identificação sexual no momento do nascimento, na relação do ser com a cultura e com a sociedade, representada principalmente por família, escola, religião, trabalho (GALASTRO; FONSECA, 2006). Tais diferenças orientam o comportamento humano na inter-relação com outros seres, dada a condição de gênero e o contexto que em ocorrem.

A invisibilidade do profissional do gênero feminino, na organização familiar, relaciona-se ao lugar interno que ocupa, responsabilizando-se ou sendo responsabilizada pelos afazeres da casa e cuidado com os filhos. Este cuidar envolve o privado, o cuidado da família, onde não maioria das vezes são as mulheres as responsáveis por cuidar dos filhos, dos maridos e parentes, com raras exceções (GALASTRO; FONSECA, 2006).

O cotidiano do profissional de enfermagem do gênero feminino, neste estudo, ainda é marcado por atividades diárias de cozinhar, limpar a casa, lavar roupas e cuidar dos filhos, embora estudiosos apontem que a ocorrência de transformações significativas a partir da metade do século XX na busca da equidade entre os gêneros, tanto na vida particular quanto na privada (GALASTRO; FONSECA, 2006; MOREIRA, 1999; PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Nota-se que, tanto a visibilidade e a valorização do cuidado em/pela enfermagem quanto as atividades desempenhadas pelo gênero feminino nas diferentes esferas (quantitativamente predominante na profissão de enfermagem),

passam por um processo de construção e desenvolvimento nas últimas décadas, cuja relação de cuidado, gênero e enfermagem denota ainda ser pouco visível e valorizada pela sociedade contemporânea. Não obstante, importa aos profissionais do cuidado e do gênero feminino um lapidar ininterrupto de sua obra, tanto na vida privada quanto na vida pública, enquanto seres humanos e profissionais.

7.3.3 Invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria

O debate sobre a visibilidade e a invisibilidade em/da enfermagem é ampliada pelos participantes em seu nível público (eu – profissional) e abrange a totalidade da categoria profissional (auxiliar, técnico e enfermeiro), sendo inferida a invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria.

Os profissionais expõem que não são distinguidos pelos clientes nas respectivas categorias da enfermagem, pois, para eles, todos são enfermeiros e poucos sabem o que os distingue ou qual a função de cada categoria. Os profissionais de enfermagem manifestam o sentimento de desvalorização por conta do entendimento inadequado ou da falta deste, pelo cliente, no que diz respeito à esfera da profissão, ao seu status e competência do fazer e do saber, como apontam a seguir.

[...] quando a gente fala que é enfermeira e eles dizem: ah, mas tu não pretende estudar pra ser médica? Não quer estudar mais? (P.7).

Ah, mas tu és técnica? Mas tu és mais que enfermeira? (P.1).

Conforme Dal Pai, Schrank e Pedro (2006), o modelo biomédico é prevalente no senso comum, sendo a enfermagem – especificamente o enfermeiro – pouco ou não reconhecida pela sociedade através do trabalho desenvolvido, entendido como um trabalho complementar ao do médico. Apontam as autoras, que o descontentamento dos profissionais é exposto em espaços comuns à enfermagem, o que impossibilita a difusão das discussões sobre a sua prática e o reconhecimento da profissão e do profissional por suas competências pela sociedade.

A frustração do trabalhador de enfermagem se dá pelo não reconhecimento e pela desvalorização da profissão. Não obstante, o sentimento de valorização advém do sentir-se útil no cuidado do outro, preservado pelas características históricas do cuidado, e assim valorizado e reconhecido socialmente (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Profissionais de comunicação apontam que “a profissão de enfermagem é praticamente anônima e invisível nos meios de comunicação em relação a qualquer destaque de suas atribuições e realizações” e consideram, diante do anonimato da profissão, “relevante ressaltar o papel que os próprios profissionais de enfermagem têm na divulgação clara sobre a enfermagem, suas potencialidades e atribuições” (KEMMER; SILVA, 2007, p.196).

Castanha (2004, p.72), em seu estudo, constata que por falta de conhecimento os familiares (pais de recém-nascidos e crianças internadas em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica) “não conseguem diferenciar o enfermeiro na equipe multiprofissional e nem distinguir que na enfermagem existem profissionais de níveis diversos”, sendo, portanto, todos os profissionais que cuidam chamados de enfermeiros.

Kemmer e Silva (2007, p.4), no estudo que buscou compreender as representações sociais sobre o enfermeiro e a enfermagem por profissionais de comunicação, identificaram dentre as outras representações emergidas.

O desconhecimento dos campos de atuação do enfermeiro; [...] da categorização profissional (como um reflexo de que a população, como um todo, também não reconhece o enfermeiro de maneira independente); a invisibilidade da profissão em relação a suas atribuições e realizações; a responsabilidade dos enfermeiros diante de sua invisibilidade perante a mídia e a sociedade.

Segundo os participantes do presente estudo, os clientes em geral não detêm o conhecimento acerca da atuação, atribuição, responsabilidade, categoria e competência inerentes ao profissional de enfermagem. A falta do conhecimento denota a dificuldade dos clientes em distinguir as diferentes classes profissionais da enfermagem – técnicos e auxiliares em enfermagem e enfermeiros – bem como a dificuldade para diferenciar estes de outros profissionais (nutricionista, fisioterapeuta, médico, assistente social, farmacêutico), dos estudantes universitários e dos estudantes de nível técnico da área da saúde. E, além do mais, todos os profissionais da saúde e estudantes usam jaleco branco, que os uniformiza,

dificultando ainda mais a possibilidade do cliente diferenciar um profissional do outro e dos próprios estudantes.

É, eles confundem muito! (P.8).

[...] eles (clientes) têm dificuldade pra identificar qualquer profissional no hospital, né? Se é estudante, se é profissional [...] não diferenciam se tu é médico, se tu é enfermeiro, se é assistente social, se é nutricionista (P.7).

[...] pra eles tudo é enfermeiro [...] tá no hospital, tá de branco, tudo é enfermeiro, não tem técnico, não tem auxiliar, não tem nada [...] (P.1).

A identificação, seja verbal ou através do uso de crachá, seria um meio para evitar ou desfazer tal equívoco, contudo alguns profissionais não crêem que isso resolveria a condição de invisibilidade do profissional da enfermagem, como enfatizam os profissionais:

Mesmo que esteja escrito (no crachá) técnico de enfermagem ou enfermeira eles não vão saber a diferença (P.2).

Às vezes, estão internados há um mês e não sabem ao certo quem é o médico que tá cuidando deles. [...] passa o doutorando avaliando de manhã, passa o R1 (médico residente1), o R2 (médico residente2) da equipe. Então, às vezes, eles atacam a gente (enfermagem), ah, você é o doutor, que dia eu vou de alta? (P.7).

Conforme o depoimento a seguir a clientela não tem obrigação de saber a diferença entre um e outro profissional, sendo esta distinção a ser realizada pelos próprios profissionais.

eles (clientes) não têm a obrigação de saber, quem tem que saber a diferença somos nós, né? (P.9).

Com base no depoimento acima, questiona-se: será que os clientes não precisam distinguir os profissionais que lhe prestam o cuidado?

É importante e necessário estar evidente ao cliente, seja através de um crachá ou de outra forma a identidade pessoal e profissional, quem lhes presta o cuidado. Todavia, realmente não é possível para o cliente diferenciar profissionais e ou profissões se não os/as conhece ou lhe é possível a distinção. Infere-se que é dever do profissional, independente da sua formação/habilitação, a identificação e a

promoção da educação e orientação em saúde ao cliente e inclui-se como responsabilidade deste profissional, a educação e a orientação a cerca do exercício da enfermagem, respeitando as limitações da clientela para o entendimento.

Percebe-se que os profissionais da saúde, que atuam nesta organização hospitalar, não possuem como hábito a utilização dos meios adequados de identificação, como manifesta o participante:

Porque crachá não é cultura da gente tá lendo... (P.9).

Em contrapartida, os profissionais que priorizam o uso de identificação, em sua maioria, através do uso do nome bordado no jaleco branco, assinalam:

[...] a gente pensa que ninguém lê, mas as pessoas lêem muito o nome da pessoa (bordado no jaleco). Eu noto que chamam: Fulana! [...]. Chama atenção! (P.4).

Um médico, não sei o que que ele queria do laboratório e eu tava com o meu jaleco que tem o nome e ele chamou: Fulana! É engraçado (P.5).

Sempre que te chamam pelo nome tu se sente valorizada (P.8).

A identificação pessoal e profissional (seja na forma de crachá ou bordado no jaleco) propicia, na relação com o outro, a identificação do profissional pelo seu nome, situação esta que remete o sentimento de valorização. Ocorre o conhecimento/reconhecimento da identidade do ser – humano e do ser – profissional.

Além do não uso de identificação escrita, por meio do crachá ou mesmo bordado no jaleco, pela maioria dos profissionais, a comunicação verbal também é falha, como refere o profissional reflexivamente:

Eu digo Boa Tarde, tudo bem? Não digo meu nome, engraçado, né? Não falo [...] geralmente a gente não diz. A gente diz, eu sou técnica, eu vou cuidar do senhor (P.1).

Na fala acima, a profissional manifesta o grau de habilitação, que é técnica, mas técnica em que/ do que? Qual o seu nome? Como queixar-se da invisibilidade profissional se o protagonista do cuidado, o profissional de enfermagem, na cena

referida acima não reconhece a oportunidade de interação/relação com o cliente como um importante momento para tornar-se visível pelo outro?

Assim, percebe-se que a informação/comunicação e as suas formas de veiculação sobre e pelo profissional precisam ser revistas e rediscutidas a fim de tornar o profissional e a profissão visíveis aos olhos do outro – cliente.

O crachá ou outro meio para identificação pessoal e profissional auxiliam na relação com o outro, mesmo que este não reconheça sua formação/habilitação ou forma de exercício profissional. A identificação também auxilia nas relações com outros profissionais que circulam e interagem no espaço organizacional.

Conforme Castanha (2004), a apresentação formal do profissional de enfermagem ao cliente ou a postura do profissional diante deste, já que todos usam a mesma roupa na unidade, seria uma forma para diferenciar-se dos demais profissionais, assegurando sua identidade pessoal e profissional diante do cliente. Dessa forma, sendo reconhecido, e, portanto, visível.

A responsabilidade para construir a identidade da profissão de enfermagem e impulsionar sua valorização parece ser do próprio profissional, no seu cotidiano de trabalho. Este tem que construir sua identidade profissional e também pessoal, através de ações voltadas à promoção do conhecimento/reconhecimento e visibilidade da profissão pelo outro, neste caso o cliente e sua família, no desenvolver sua competência sócio-política nos espaços de cuidado.

Dal Pai, Schrank e Pedro (2005) visando o despertar da consciência crítica do profissional em relação à construção cotidiana do fazer, saber e ser, propõem o cuidado à profissão do cuidado que possibilite o profissional de enfermagem conquistar o prestígio digno à profissão. Segundo as autoras, “além do ensino e da pesquisa, considera-se importante a organização política da profissão, uma vez que, por meio do fortalecimento desta, alcançar-se-á uma representatividade social importante” no discurso acerca da atuação do profissional que dê a visibilidade almejada. Para isso, ocorre a necessidade de mudança de atitude dos que constituem esta profissão e que almejam tornarem-se conhecidos/reconhecidos pela sociedade como seres de saber/fazer na abrangência que dignifique a profissão.

Contudo, questiona-se: seria a invisibilidade do profissional de enfermagem conforme sua categoria de classe, formação/habilitação e competências um reflexo da não valorização pelo próprio profissional no que diz respeito às suas competências/atividades/funções/responsabilidade/identidade profissional? Será que

o crachá realmente não é visualizado pelo outro – cliente ou mesmo pelo outro – profissional que circula no mesmo espaço organizacional e social? Seria o uso do crachá uma possibilidade de tornar-se visível? O que fazer para ampliar a visibilidade do profissional de enfermagem na área da saúde? Como mudar essa realidade? Como possibilitar ao paciente a identificação correta dos profissionais que lhe assistem? Como tornar-se visível perante o outro, o paciente e seus familiares?

Indubitavelmente, o posicionamento do profissional de enfermagem para a valorização, visibilidade, conhecimento e reconhecimento da profissão deve iniciar-se no cenário da prática, na relação com os clientes, com os familiares e com outros seres de relação. É o ser da enfermagem que deve promover a imagem da profissão e a imagem de si conforme o que acredita ser imperativo para tornar-se valorizado, visível, conhecido e reconhecido.

Silva, Padilha e Borenstein (2002, p.587-588), entendem que a imagem profissional é

uma rede de representações sociais da Enfermagem, as quais por meio de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, reproduz e é reproduzida pelas ideologias originadas no cotidiano das práticas sociais, interna/ externas a ela. A imagem profissional remete-nos à própria identidade profissional, em sua intrincada rede de significados que se pretendem exclusivos e, portanto, inerentes àquela profissão. A imagem profissional se consubstancia, assim, na própria representação da identidade profissional, que é em si um fenômeno histórico, social e político.

Sobre a identidade da enfermagem, Netto e Ramos (2004, p.56), apontam que esta se dá na relação do profissional consigo e com o outro, na qual o segundo reflete, como um espelho, a identidade do primeiro. Tornar o cotidiano da enfermagem conhecido permite ao outro a identificação do papel desempenhado e do produto do trabalho, contribuindo para a construção, identificação, bem como, rupturas da imagem da enfermagem, através dos significados e julgamentos de valor tecidos. Assim, a identidade do profissional também é construída através do que o outro identifica como produto da relação, “através de seus valores (socialmente e subjetivamente atribuídos), caracteres de qualidade e quantidade (forma e conteúdo que constituem seus atributos) e realizações (para o que serve e o que faz)”.

7.4 OFICINA IV – REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO “DO NÓS” PARA O “EU – SER HUMANO” E PARA O “EU – PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”

A quarta oficina foi denominada **refletindo o significado do cuidado “do nós” para o “eu – ser humano” e para o “eu – profissional de enfermagem”** (Apêndice 5).

No momento inicial, **“Preparando-nos para a oficina”** resgataram-se os conteúdos emergidos das oficinas anteriores e utilizou-se o roteiro de discussão baseado no Princípio da Incerteza, de Edgar Morin, adaptado para ao tema da oficina para incitar a reflexão acerca da temática.

No momento seguinte, denominado **“Indo ao ponto X”**, buscou-se fazer a co-relação/integração do que já foi discutido, estimulando, através do pensamento complexo, a reflexão sobre a circularidade dos significados do cuidar - o cuidado “do nós”. Este exercício foi intrincado e interposto por vários momentos de silêncio profundo, denotando a concentração requerido no exercitar o pensamento complexo para a compreensão do significado do cuidado “do nós” e ao mesmo tempo um exercício efetivo de cuidado de nós mesmos, integrantes do grupo de reflexão.

No último momento denominado **“Fechamento”**, os participantes buscaram relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente as diferentes dimensões de cuidado que ocorrem a partir das relações humanas

Da terceira oficina emergiram quatro categorias que serão apresentadas seguir:

7.4.1 Significando o cuidado “do nós”;

7.4.2 Discurso “do nós” designado como responsabilidade coletiva, poder, autoridade e força;

7.4.3 Cuidado “do nós”: encontro e troca a partir da relação com o outro, com o coletivo;

7.4.4 Violência nas atitudes relacionais e coletivas.

7.4.1 Significando o cuidado “do nós”

Ao buscar relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente as diferentes dimensões de cuidado que ocorrem a partir das relações humanas os participantes significam o cuidado “do nós” como cuidado coletivo, englobando os sujeitos de relação/integração que representam um conjunto/equipe/grupo/reunião de pessoas, que agregam outros além do eu. Assim, denominam o nós quando o eu está incluso no coletivo, como co-partícipe da relação com outras pessoas, tornando todos os seres responsáveis por algo bom ou ruim, indicando a enfermagem como exemplo de coletividade, o nós.

... a gente é o resultado das outras gerações, dos antepassados... nós somos o reflexo, a soma dos antepassados (P.8).

Conjunto dos eus, porque para formar o nós, eu tenho minha personalidade, meu jeito de ser, ela tem o dela, então a somatória, essa relação que vai formar esse grupo que somos nós (P.6).

O nós tem sempre um significado de coletivo, né? Quem é o nós? Eu, a Fulana, a Ciclana, a Beltrana, a equipe de enfermagem num todo; os pacientes, a família da gente. Na verdade é formado pelo coletivo, o nós. Não é individual, né? Quando falo nós, não falo só em mim (P.8).

Eu acho que já está embutido na nação, quando o presidente diz nós, é um conjunto, né? Seja uma nação ou um grupo pequeno (P.9).

O nós engloba eu e mais outras pessoas que estão em volta (P.8).

Quando eu falo em eu, me vejo. Apesar da carga genética ou dos meus antepassados, mas sou eu na verdade, tá em mim, tá embutido em mim, mas sou eu. Quando eu falo no outro, se eu falar na Fulana, eu to falando só na Fulana, quando eu falar em nós, eu to incluída e to falando no coletivo, o outro também (P.8).

É o coletivo, é o grupo, são vários. Se eu falo o outro, é uma pessoa só, tu ta direcionando. E eu sou eu, né? (P.2).

[...] Só vai ter o encontro “do nós”, quando chegar eu e você... O nós só se dá quando acontece eu e o outro, esse contato. Acho que não existe nós enquanto a gente não chega no paciente. Eu posso estar cuidando dele antes, mas não acontece o relacionamento, assim. [...] Eu tenho que conversar mais, eu tenho que conversar sobre aquilo, a preocupação que já vai fazendo antes de chegar o nós. Ta pensando nele, mas não existe o nós. O eu o outro e agora o nós, é a junção de dois (P.9)

Perpassam nos depoimentos, para o significado e entendimento “do nós”, o reflexo de outras gerações, dos antepassados, que deixaram alguma(s) influência(s) de sua época, de suas vidas, dos seus eus, e que hoje, os seres desta época, os refletem na constituição dos eus; a soma dos múltiplos eus, em que o nós é constituído pela soma dos diferentes seres da convivência humana (família, amigos, colegas, clientes, etc.).

Após significarem o cuidado “do nós”, os sujeitos aprofundam a temática correlacionando-a a pistas do cotidiano pessoal e profissional, nas categorias, a seguir.

7.4.2 Discurso “do nós” designado como responsabilidade coletiva, poder, autoridade e força

Ao significarem o cuidado “do nós” na prática profissional os participantes apontam todos os seres como responsáveis por algo bom ou ruim e indicam a enfermagem como exemplo de coletividade, “o nós”.

Quando eu vim da cirúrgica 2 pra cá, eu achei bem interessante. Quando eu cheguei, eu via sempre a Fulana (gerente) falando em nós. Nós não estamos cuidando bem disto, nós não estamos fazendo bem aquilo, eu achei legal isso, né? Pra não dizer tu ou vocês, não, ela dizia nós... Chamou a atenção esse pronome usado assim, o nós (P.9).

Porque tu puxa a responsabilidade pra ti também, não é só do outro, quando fala no nós, tu ta te incluindo, tu ta puxando pra ti também uma responsabilidade, seja ela boa ou ruim, seja uma coisa que tenha acontecido de bom ou de ruim, de acordo com que a Fulana fazia. Ela incluía o nós porque era uma responsabilidade de todos, na verdade, pelo cuidado de enfermagem, não só uma pessoa... na verdade a enfermagem é uma equipe, né? (P.8).

Quando a gente fala nós [...] o nosso plantão [...] tá colocando o eu e toda a equipe, não é verdade? Eu to me colocando na equipe e todo o povo... tem que trabalhar junto... um trabalho em equipe (P.1).

Nos discursos, o nós é designado como responsabilidade coletiva, considerando-se que a pronúncia “do nós” denota que o eu e o(s) outro(s) são

responsáveis e responsabilizados individual, coletivamente e proporcionalmente por algo comum.

Conforme Gomes e Oliveira (2008), em estudo com enfermeiros, “o termo responsabilidade sugere a consciência da necessidade de atenção quanto aos posicionamentos políticos e à explicitação do saber/fazer por parte dos enfermeiros em seu cotidiano”. Dessa forma, o enfermeiro enquanto líder representa o coletivo ao posicionar-se perante a equipe, em seu saber/fazer e politicamente.

Contudo, pontuam os profissionais que nem sempre o ser que exprime em seu discurso o nós está se incluindo e responsabilizando-se pelo exposto. Pode ser apenas intenção de manifestar humildade para alcançar algo pretendido e/ou defender interesses individuais, prioritários em relação à coletividade. A assertiva remete à exemplificação dos discursos políticos e outros afins. Outro exemplo é o discurso que pretende “reclamar de” ou “criticar outros”, indiretamente, condicionando o discurso “do nós” para apontar problemas, erros, inconformidades, insatisfações com a equipe, etc. Assim, o nós é empregado para minimizar a crítica ou a exposição do criticado, conforme as assertivas a seguir:

É um discurso de humildade (discurso político), né? Acho que se incluindo ali para alcançar o objetivo que ele quer (o político) (P.9).

Na verdade é isso, ou fazer de conta que ele se inclui assim, pra ninguém ficar achando, ah, mas ele acha que é melhor do que os outros, então ele se inclui no nós. Só no discurso político (P.8).

Quando ela falava (Enfermeira Gerente de unidade) no nós, alguns momentos ela tava se incluindo em outros não. Tinha uma intenção de não chocar, mas também algumas vezes ela não tava se incluindo. Não tem um sentido só, o nós. Principalmente quando a gente quer reclamar: nós não estamos fazendo isso... ou a gente ta muito assim... A gente, também quando fala gente, ta se referindo a nós, né? Mas nem sempre a gente se inclui. A gente quer reclamar e a gente usa esse pronome para amenizar (P.9).

No entanto, independente da intencionalidade do discurso, este remete à responsabilidade coletiva e a si mesmo quando é utilizado o pronome nós. Como afirma o sujeito:

Sentido de responsabilidade, né? [...] querendo ou não, quando coloca o nós, ta se incluindo... (P.9).

Urge a necessidade de uma consciência honesta consigo mesmo e com os outros seres envolvidos, direta ou indiretamente, no discurso e na ação para não ferir princípios éticos e morais de uma sociedade. A esta consciência pode-se chamar de uma consciência cívica, necessária para uma sociedade mais humana e responsável com o todo.

Além disso, segundo Morin (1996) o todo - que nesta categoria remete ao coletivo - está nas partes, em cada indivíduo, sendo que cada um constitui a parte do todo. Há interdependência entre os sujeitos cujas relações possuem caráter complexo e dinâmico. Portanto, o sujeito evoca a si mesmo e aos outros quando utiliza em seu discurso o nós, que inter-relaciona os seres na perspectiva de coletividade.

Pressupondo que o discurso “do nós” representa o trabalho de cada um relacionado ao de outros para a constituição do todo, cujos seres dividem a responsabilidade mutuamente, uma das participantes e enfermeira enuncia que, quando algo é decidido coletivamente, garante a força e o poder da decisão, denota autoridade, pois representa o argumento de várias pessoas pensantes, o nós. Aplica como exemplo a esta situação quando o grupo de enfermeiros se reúne para estabelecer alguma rotina ou decidir mudança:

[...] comissão da cirúrgica para a reforma [...] se no futuro alguém quiser criticar, a gente vai poder dizer, nós decidimos isso! A gente tem um reforço de várias cabeças, juntos que pensaram no coletivo. [...] quando a gente se reúne para reunião dos enfermeiros, nós decidimos, né? A gente usa o nós pra ter força, pra ter um pouco de autoridade, pra poder ter decisão [...]. Essa comissão não deixou de ser um cuidado “do nós”, pensando o melhor pra todos, né? (P.9).

7.4.3 Cuidado “do nós”: encontro e troca a partir da relação com o outro, com o coletivo

A partir de uma das idéias de sistema de Edgar Morin (1996) explica-se o fenômeno emergente do cuidado “do nós”, no encontro e na troca estabelecida pela integração, interação e relação entre os seres.

A enfermagem, enquanto profissão integra o sistema de cuidados por meio de suas interações para o cuidado do outro – ser paciente. A existência da profissão ocorre pela necessidade destes profissionais a uma sociedade, para o cuidado de

enfermos, prevenção de enfermidades e para a promoção da saúde das pessoas. Ao existir, a profissão e os profissionais que a constituem desenvolvem sua autonomia, organização e auto-organização, organizando-se e desorganizando-se a partir das relações estabelecidas entre os seres que formam e transformam a profissão. Portanto, a partir de um ou mais sujeitos a profissão e outros profissionais se organizam/auto-organizam para um determinado fim (MORIN, 1996).

Neste estudo, no processo de organização/auto-organização da enfermagem emerge o encontro para o cuidado de si, do outro e “do nós”, cujas relações alimentam-se de cuidado. Por ser um sistema aberto, o cuidado e as relações dissipam-se, trocam, recebem, doam, regeneram-se, desintegram-se, degradam, transformam, organizam a partir de integrações, interações e inter-relações dos seres de cuidado (MORIN, 1996). O momento de encontro para o café, a preocupação, a solidariedade e o importar-se pelo outro remetem ao cuidado “do nós”:

Eu acho que o grupo em si, quando se reúne, ou quando se cuida tem um pouquinho disso, de troca (P.2).

Quando as meninas vão tomar café e quando ta faltando uma, elas começam a chamar... Fulana, Ciclana... quando vem? Quando vem? (P.9)

Ah, eu chamo, eu chamo (para tomar um café), é uma equipe né? (P.1).

“Eu vejo o cuidado do nós, por exemplo, assim, tem dias que tem alguém da equipe que não ta bem, tu ta vendo, nitidamente não ta bem. Tu vai fazer de conta que não ta percebendo ou tu vai chegar pra essa pessoa e perguntar: ta acontecendo alguma coisa? Posso te ajudar? Acho que isso é o cuidar “do nós”. É olhar pra pessoa e ver que alguma coisa não ta legal, e perguntar pra essa pessoa. Isso mostra teu interesse por ela, né? E mostra que tu ta interessada, por mais que tu não possa fazer nada. [...] Só o fato de ela falar contigo, de ela relatar, a gente já ajuda, né? Às vezes, só uma palavra que tu possa dizer pra ela, já ajuda. [...] Passa por aí... a atenção que tu tens pela colega” (P.8).

Quando uma das colegas apresenta-se indisponível por conta dos compromissos laborais para ir ao encontro das demais para a confraternização na hora do café (do lanche), uma colega demonstra-se solidária para auxiliar no término das atividades. Assim, todo o grupo pode desfrutar coletiva e conjuntamente do

momento comum de relação, confraternização e descontração, cerceado de atitudes de respeito, solidariedade e ética.

[...] nós procuramos, quando a gente tá no nosso plantão, um ajudar o outro a completar, até profissionalmente. E, até pra que a pessoa, de repente eu quero me reunir, a gente chega às 10 horas, quer parar para tomar um café, aí a Fulana diz: eu não posso agora eu tenho que cuidar da roupa, encaminhar o paciente pro banho. Ah, o que ta faltando? Ah, tem que ir lá encaminhar a roupinha? Então, péra que eu já vou, entendeste? Então, é um trabalho de equipe que nós... que a gente se reúne, que a gente tem um coleguismo e que só completa quando todos estão bem (P.1).

Celich e Crossetti (2004, p.379) apontam que o cuidador de enfermagem “é um ser social e que com outros coabita enquanto ser aí no mundo, condição que se encontra no ambiente de cuidado na enfermagem”, cujo estar-com se dá pelo encontro e relação de cuidado entre os sujeitos, a partir de atitudes e comportamentos éticos.

Contudo, dois depoimentos revelam o sentimento de exclusão ou esquecimento por parte do grupo, na hora do café (lanche), quando buscam reunir-se para confraternizar. É imperativo assinalar que na oficina, ao acompanhar a discussão do grupo, observei que não parece ter sido de propósito o ocorrido - a não lembrança dos demais membros do grupo em chamar as que não se faziam ainda presentes. De qualquer forma, este foi o momento de expor, sem constrangimentos e de maneira descontraída, a condição de desafeto das colegas que se sentiram excluídas ou não lembradas pelo grupo no momento do café (lanche). Desse modo, em seus discursos as profissionais manifestam e compartilham depoimentos para a melhoria das relações de cuidado.

Ninguém tem me chamado. Ultimamente ninguém tem me chamado! (P.8).

Ah, hoje, por exemplo, ninguém me chamou! (P.1).

Apreende-se das falas que os profissionais constituem um sistema de cuidado aberto pela integração, interação e inter-relação entre os membros da equipe no encontro que reúne e agrega as pessoas, possibilitando a troca de cuidados dispensados entre si, em momentos que aproximam, constroem ou desconstroem conceitos, sentimentos, afetos e desafetos.

Dessa forma, entende-se que o cuidado se processa junto com o outro, a partir da integração e do sentimento de cuidado oriundo da relação com outros seres. O cuidado de si remete ao cuidado do outro e vice versa, pelas trocas que proporciona.

A gente é atuante, na verdade, no eu, no outro, no nós. A gente também reflete no outro e no nós o que a gente é, né? (P.6).

[...] O quanto a gente é responsável por tudo! [...] pela própria correria tu não pára muito pra analisar essas coisas na íntegra. O quanto cada um é responsável sobre o que acontece e o que a gente pode fazer a diferença (P.4).

Os depoimentos suscitam nos demais membros do grupo, a reflexão. Em um momento, apenas, é possível o despertar de questões e reflexões para a procura de respostas, quem sabe para uma vida toda. Porém, não existem respostas prontas, definitivas ou acabadas. Importa instigar e provocar a reflexividade e a criticidade, que propugna o imergir do ser em sua própria existência, como sujeito de responsabilidades

Entender o processo de cuidado, as relações entre os seres humanos e os movimentos intrínsecos e extrínsecos que ocorrem a partir da relação de si com o outro e a promoção do cuidado “do nós”, é imperativo para a construção de relações de cuidado mais saudáveis.

7.4.4 Violência nas atitudes relacionais/coletivas

Os seres humanos são co-criadores do ambiente em que vivem ou que querem viver. Não devem hesitar de questionar, criticar, pensar e repensar as condições perversas vislumbradas no cotidiano, pois para ocorrer alguma mudança estes não podem se conformar com tais situações.

Atualmente vê-se a banalização de muitas coisas que incitam indignação. No entanto, podem os seres humanos, perceber um cenário e uma perspectiva sem ter o que fazer ou com vastas possibilidades de ação. Ou seja, depende em qual condição se quer estar: a de sujeito espectador desta condição ou a de sujeito ativo, que impele às mudanças necessárias no contexto em que vive e que almeja viver.

A atitude crítica e reflexiva permite ao sujeito questionar, repensar e dialogar a fim de problematizar e compreender a realidade que o cerca, para transformá-la ou potencializar o que for positivo. Ser um ser questionador, pensante, crítico, reflexivo e dialógico traduz-se na capacidade de problematizar, analisar, discutir as ações individuais e coletivas - a própria vida e a existência humana.

O tipo de relação estabelecida com a sociedade, com o outro, com o coletivo e com o próprio ambiente depende dos próprios sujeitos.

Nos depoimentos a seguir, os participantes do estudo expõem a indignação com situações que deterioram esperanças e expectativas de um mundo melhor, de relações harmônicas e saudáveis com os homens e pelos homens, com o ambiente e pelo ambiente.

O mundo que nós vivemos, um mundo de violência [...] o que aconteceu com a gente? Com o pessoal agora? Com o leite? Essa matança nas favelas, a desigualdade [...] tu vê assim, quantas pessoas, quanta desigualdade, né? Uns com tanto e outros sem nada. E as pessoas com pouco se contentam com tão pouco e os que tem, quanto mais tem, mais quer, passando por cima das pessoas [...] como se tivesse lidando com bichos. Mesmo assim, o bicho ainda tem sentimento (P.1).

No relato percebe-se a presença da violência na vida das pessoas, a desigualdade social e a falta de solidariedade entre os seres humanos, que como aponta o participante: “*tem bicho ainda que é melhor e nem se compara com o ser humano*” (P.1).

Para Marton (2008), urge a necessidade da solidariedade na vida cotidiana dos indivíduos para o contramovimento das relações individualistas, onde o indivíduo na pós-modernidade não é um indivíduo, mas dividido por conta da fragmentação e proliferação de identidades. Ocorre a banalização do ser humano e das relações humanas que são descartáveis e motivadas por interesses distintos. É necessária a mudança de atitude, como indivíduos e humanos, exercitando mais o respeito e a solidariedade com o outro e por que não dizer, com nós mesmos.

Na fala a seguir, o participante explicita a violência sentida, ocorrida em ambiente social e que se justifica, talvez, pelo aguçar dos interesses individuais.

[...] fui fazer compras [...] fui botando no bagageiro as compras [...] o cara que tava do lado também botando as compras [...] ele tinha colocado o carrinho dele, tirou da frente do carro dele, pra ele sair, e colocou na frente do meu, assim atrás de mim, nas minhas costas,

daí não dava pra mim sair com o carro [...]. Depois reclamam da violência [...]. Ele jogou pra mim aquilo que era dele e tipo assim, te vira, e saiu. E depois reclamam da violência. Ele acabou de fazer uma violência pra mim (P.1).

A partir do relato acima, os demais participantes desta oficina tecem seus comentários analisando e buscando entender o porquê das atitudes que violam e desrespeitam os direitos do outro e os limites do eu. As falas imprimem justificativas para a atitude de violência do outro, apontada pela colega e participante, como: egoísmo, individualismo, malandragem, desvalorização do gênero feminino, aproveitamento da situação para ganhar vantagem, entre outras.

Não pensa no outro, ele não pensou em ti. Ele só pensou nele nesse momento. Eu quero sair com o meu carro, onde eu vou colocar o meu carrinho? Ah, atrás dela, porque ela nem ta vendo (P.8).

Ele foi malandro, quer tirar vantagem, né? Não ia doer a mão dele se ele colocasse no pilar, mas ele quis tirar vantagem de mim (P.9).

De repente porque tu era mulher, porque se fosse homem eles já têm um certo cuidado (P.2).

A gente até releva, ah, vai lá e tira e pronto. Se for um homem ele, ôôô cara... o que é isso? (P.2).

Depois reclamam da violência no coletivo. Mas se no individual é assim? (P.9).

Para o desenvolvimento ampliado do pensamento em relação ao ser humano seja no sentido sociológico, biológico, cultural, físico, etc. não existe receita do melhor caminho (MORIN, 1996). Segundo Leis e Assmann (2007) interessa uma análise realista da natureza humana, entendida como verificável e pesquisável, para a interpretação da realidade e alcance de respostas sobre os aspectos e sentidos da vida individual e coletiva da sociedade.

A complexidade amplia e possibilita o diálogo entre diferentes esferas, sem reduzi-las, concebendo-as nas suas especificidades; amplia e possibilita também a visão e intercomunicação das múltiplas dimensões do ser humano e do seu ambiente sejam físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas. E ao mesmo tempo renuncia os princípios ocultos de redução-disjunção que

favorecem a cegueira da natureza dessas dimensões e sua incomunicabilidade de tudo o que é verdadeiramente humano dos seres, da natureza e do universo (MORIN, 1996).

Não existe chave nem receita para o caminho mais adequado para investigar questões tão complexas como a compreensão do ser humano no seu ambiente de relações. Contudo, a complexidade oferece o aporte para as reflexões necessárias e ampliadas, abrindo a mente à flexibilidade das coisas do mundo (MORIN, 1996).

Percebe-se a necessidade, segundo o pensamento complexo, de ampliar, aguçar, desenvolver uma visão de mundo que se possibilite o olhar para o outro e para si mesmo, incluindo além da visão local, também a visão global, do indivíduo, do ambiente, da coletividade, da sociedade (MORIN, 1996, 2006a, 2006b; MORIN; KERN, 2005). Não é possível subjetivar apenas as atitudes do outro, mas deve-se refletir sobre as próprias atitudes. Como eu estou agindo com o outro? As minhas atitudes (des)agradam o outro? O que tenho feito para merecer atitude de cuidado pelo outro?

Nas relações humanas as atitudes influenciam e são influenciadas pelas interações que o ser humano estabelece com o meio em que vive, ou seja, a cultura, sociedade, educação, família, hábitos de vida, etc. e que determinam o tipo de relação que estabelecerá seja consigo, com o outro e com o nós no sentido amplo e coletivo.

7.5 OFICINA V – REFLETINDO E (RE)CONSTRUINDO OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES DO CUIDADO DE SI, DO OUTRO E “DO NÓS” POR MEIO DE DINÂMICA DE GRUPO

A quinta oficina com o tema **refletindo e (re)construindo os significados das relações do cuidado de si, do outro e “do nós” por meio de dinâmica de grupo** (Apêndice 6) finalizou a coleta dos dados buscando atingir a circularidade e a integração todos os temas abordados nas oficinas anteriores.

Ao (re)construir os significados das relações do cuidado de si, do outro e “do nós”, através de dinâmica de grupo, os profissionais associaram conceitos apreendidos nas oficinas dois, três e quatro, que contemplaram e integraram os dados das categorias temáticas que tratam do cuidado de si, do outro e “do nós”, anteriormente. Por organização temática manteve como dado novo desta oficina, a categoria: Cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente.

7.5.1 Cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente

Os profissionais de enfermagem destacam a preocupação com o cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente e, como sujeitos críticos e reflexivos, aludem sobre atos e fatos locais que repercutem globalmente. Manifestam que a atitude de cada um é imprescindível para a prevenção de moléstias e promoção da saúde individual e coletiva. Apontam como preocupação o controle de epidemias, como a de dengue, que afeta a população no país; a preservação do ambiente natural; a promoção da saúde humana vislumbrando o cuidado individual e coletivo; e o cuidado do planeta.

Se eu deixar água no meu reservatório vai (mosquito da dengue) respingar em mim e no vizinho (P9).

Por enquanto, ainda não encontraram nada (foco do mosquito da dengue) aqui, né? (P.2).

Do desmatamento, das queimadas... cuidar do planeta, né? (P.8).

A preocupação com a dengue é manifestada por ocasião da epidemia de dengue no Brasil. Dados apontam que em todo o país são 481 mil casos de dengue confirmados, nos nove primeiros meses do ano de 2007. O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em 17 de outubro de 2007 (período de realização das oficinas), declara:

É epidemia mesmo... Neste ano, 121 pessoas já morreram. Eu diria que nós estamos perdendo a guerra para a doença... Essa epidemia é preocupante por vários motivos, principalmente pelas características do vírus. Existem quatro sorotipos e três já circulam no país. Essa doença pode matar e só será enfrentada adequadamente se houver uma grande mobilização da sociedade (G1, 2007).

Tal condição motiva o pensar e o (re)pensar das práticas individuais com vistas a garantir a própria saúde e de toda uma população. Implica para tanto, pelos profissionais, numa análise das próprias práticas cotidianas, considerando aspectos ambientais, sociais e culturais para a promoção de novas e melhores práticas para o cuidado coletivo. Assim, ações individuais beneficiarão a si mesmo, ao outro e a todos nós, visto que, no caso de endemias, epidemias e pandemias essas são fundamentais para o controle do vetor da doença.

Mediante a preocupação dos participantes com o (re)surgimento de doenças, como a dengue, convenientemente se faz apontar a preocupação já assinalada por Boff (2002), quando refere que doenças outrora erradicadas ou até então controladas estão retornando ou se alastrando com grande poder de virulência. Tal condição expressa o descuido e o descaso da/pela coletividade com o próprio viver humano e planetário. Denota-se com isso um importante sintoma da crise civilizacional enfrentado na contemporaneidade, que se não for considerado com a importância devida acarretará catástrofes incalculáveis por hora.

Os desmatamentos e as queimadas como expõem os profissionais, danificam a natureza, destruindo, eliminando e matando grandes florestas, matas, campos... O

ser humano é responsável pela destruição do que é naturalmente lhe ofertado, para a sobrevivência dos seres vivos e para a sua própria.

Conforme Pena-Vega (2005) a consciência ecológica subjacente à crise de degradação do meio ambiente, atualmente ameaçado pelo desenvolvimento urbano descontrolado, revela que as espécies vegetais e animais, os elementos e as coisas são manipuladas e subjugadas pelo próprio homem em prol da técnica, da ciência (tecnociência) e da indústria, sob o risco de destruir toda a vida nos ecossistemas, impunemente.

Os indivíduos que praticam os desmatamentos e as queimadas parecem não compreenderem a complexidade das relações, interações e associações estabelecidas entre os seres humanos e o ambiente. Ainda que esses não percebam a intensidade e a repercussão de suas ações e as influências múltiplas e imprevisíveis, os profissionais que participam deste estudo entendem que para o cuidado de si, do outro e “do nós” é preciso ocorrer o cuidado do planeta como um todo, iniciando pelo ambiente em que se vive, visto que os seres humanos necessitam deste para a sua sobrevivência. Todavia, segundo Cezar-Vaz et al. (2005, p.394):

a natureza é indiferente ao ser vivo embora seja condição de sua existência. E o ser humano, como ser finito, interage com o ambiente, adequando-se e adequando-o para si. Nesta relação com o ecossistema, como mundo dado, o ser humano pode, como resultado de suas estruturas parciais, entrar em incongruência consigo e com o próprio ambiente, um estado que pode ser e é inadequado à sua condição de ser saudável...

Para Pena-Vega (2005) a natureza é uma totalidade complexa e o homem não é uma entidade fechada em relação a essa totalidade complexa. O homem é um sistema aberto, que estabelece relação de autonomia-dependência no ecossistema natural, ou seja, o homem e a natureza são sistemas abertos, que integram e interagem num sistema maior – o ecossistema, sendo simultaneamente independentes, dependentes e interdependentes.

A crise da degradação do meio ambiente não tão atual, mas nunca antes tão preocupante, permite importantes momentos de reflexão interdisciplinar – a tomada de consciência ecológica – trazendo discussões de ordem epistemológica, no domínio da ciência da terra, da ciência da vida e da natureza e das ciências sociais,

integrando e inter-relacionando os diferentes campos disciplinares (PENA-VEGA, 2005).

Conforme a assertiva acima pode-se dizer que emerge neste estudo a consciência ecológica, manifestada nas discussões travadas pelos participantes, observadas e registradas ao longo da quinta oficina, que remetem ao cuidado ecológico e coletivo.

Nos depoimentos, há também a preocupação dos participantes conotada com o coletivo no uso de agrotóxicos em produtos orgânicos consumidos pela coletividade, como salientado na fala:

Muitos agrotóxicos, mesmo dentro da vigilância, eles continuam fazendo mal. Ao comer frutas e verduras, de alguma forma, a gente ta se alimentando de veneno (P1).

O termo agrotóxico é definido, segundo o decreto no 4.074, de 4 de janeiro de 2002, que regulamentou a lei nº. 7.802/ 1989, como:

produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias de produtos em pregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento (BRASIL, 2002).

A indústria química teve seu intenso desenvolvimento mundial a partir de 1930. A Revolução Industrial determinou o incremento na pesquisa e produção dos produtos agrotóxicos, que se intensificou a partir de 1940 (MEIRELLES, 1996).

No Brasil, a intensificação do uso do agrotóxico ocorreu a partir da década de 50. Contudo, em 1962 foi publicado o livro intitulado “Primavera Silenciosa” (*Silent Spring*) de Rachel Carson^b, cuja obra foi pioneira no alerta acerca da utilização dos produtos químicos. A autora, naquela época, debate as implicações desses produtos sobre o homem e o ambiente, alertando o ônus para a coletividade (PLANETA ORGÂNICO, 2008).

^b CARSON, Rachel. Primavera Silenciosa. Editora Pórtico, 1962.

A exposição a estes produtos químicos denominados agrotóxicos está relacionada à atividade laboral, a contaminação alimentar e ambiental, sob o risco de intoxicação. Destaca-se o risco para as famílias dos agricultores, a população circunvizinha de locais produtivos e que consomem tais produtos, bem como a população em geral que se utiliza de alimentos produzidos no campo e que fazem o uso de agrotóxicos (SILVA et al., 2005).

Os participantes aludem sobre a preservação da água e do meio ambiente, apontando o risco da escassez dos recursos naturais, se não preservados. A não consciência e a ausência de ações para resguardar esses recursos pela coletividade remetem a prejuízos globais e merecem atenção coletiva.

A própria questão agora da água, do meio ambiente, do global... Todo mundo tentando encontrar formas, maneiras de mudar isso, né? [...] Tem gente, por exemplo, que previu a muitos anos atrás o que ta acontecendo agora, né? [...] Essa pessoa que falou isso, lá atrás, já quis abrir os olhos das pessoas [...], pensou no coletivo, pensou no mundo inteiro, só que ninguém acreditou, levou a sério. E agora ta acontecendo e as pessoas estão querendo correr atrás do prejuízo... (P.4)

Tudo poderia ser melhor se a gente colaborasse [...] quando eles falam aí na preservação [...] no mundo [...] ta envolvendo toda a população, todo o mundo, porque só uma andorinha não faz verão (P.1).

Os profissionais salientam que o respeito e a responsabilidade social são deveres de todos, *a priori*, de cada indivíduo, que consequentemente beneficiará o coletivo.

A gente tem que ter respeito com o outro e com o nós (P4).

[...] responsabilidade social como sendo dever do eu, do outro e de todos nós (P6).

É que na verdade a gente pensa na gente. Não estamos pensando em nós (P.1).

O pessoal começou a ter noção do que tava jogado pro coletivo, do que tava jogado pro céu, pro mar, pro rio, pra terra, o pessoal já ta se acordando nisso, quando ele ta começando a sofrer. Hoje o calor não é pra um, é pra todos. O individual ta sofrendo dentro de um coletivo. Enquanto se pensava, que ah ele ta poluindo lá... (P.9).

[...] quanto mais eu tiver preparada, quanto mais eu tiver melhor e mais conhecimento, eu consigo pensar mais no coletivo, não só no

coletivo da minha família, do meu trabalho, mas até um coletivo maior assim, abrangendo mais, pensar no mundo inteiro (P.4).

Como parte do ecossistema local e global, o ser humano em suas dimensões humana, cultural, social, etc. precisa descobrir-se e sentir-se como ser integrado e inter-relacionado com o meio ambiente, cuidando-o com o respeito e responsabilidade que lhe cabe.

Assim, como aponta Boff (2002, p.135), “cada pessoa precisa descobrir-se como parte do ecossistema local e global, com os pés no chão e a cabeça aberta para o infinito”.

Ainda sobre o tema cuidado ambiental, os participantes aludem sobre a polêmica notícia que impressionou o Brasil nas últimas semanas do mês de outubro de 2007 – O Leite Adulterado. A Polícia Federal (PF) prendeu vinte e sete pessoas no sul do país durante a Operação Ouro Branco, ou seja, operação denominada aos crimes cometidos por cooperativas contra a saúde pública, onde estas eram suspeitas de adulterar leite produzido (O GLOBO, 2007).

Os policiais encontraram, durante as investigações, os seguintes produtos químicos manipulados por duas cooperativas, misturados ao leite: soda cáustica (hidróxido de sódio), água oxigenada (peróxido de hidrogênio) e citrato de sódio ao leite. Tais substâncias químicas tinham a finalidade de aumentar o volume do leite e a longevidade do produto comercializado em vários estados do Brasil. Segundo o que informam os jornais, as cooperativas usavam 900 ml de leite puro e 100 ml da mistura química para completarem o volume de 1 litro (O GLOBO, 2007; O TEMPO, 2007).

O jornal Folha de São Paulo *online*, apresentou matéria sobre os efeitos danosos da mistura química adicionada ao leite. Alerta na publicação que, principalmente a soda cáustica, pode, por exemplo, danificar a mucosa intestinal, causando até perfurações; e, a água oxigenada pode gerar esofagite e gastrite (FOLHA, 2007).

Para compreensão da proporção do preparo a mídia divulgou que foi encontrado um tanque com aproximadamente 1.000 litros da mistura de citrato de sódio, ácido cítrico, soda cáustica, água oxigenada, sal e açúcar, que seriam adicionados em 10 mil litros de leite. O resultado da análise de amostras do leite apreendido, por laboratório do Ministério da Agricultura, constatou que o produto

tinha baixa acidez e alta alcalinidade, sendo impróprio para o consumo. Todavia, em um ano, as duas cooperativas estariam colocando mais de 146 milhões de litros de leite contaminado no mercado (O TEMPO, 2007).

Após acompanharem as informações públicas através dos jornais impressos e ou televisivos, locais, regionais ou nacionais, os participantes teceram os seguintes comentários reflexivos e apreensivos:

Soda cáustica e água oxigenada. A gente obriga o filho a tomar leite porque é bom pra saúde (P.2)

A marca se faz de sonsa e diz que não em nada no leite. [...] adulteravam e embalavam (P.9).

Quantos inocentes, quantas crianças, famílias, claro que os adultos também, mas mais é a criança, né? [...] Mas com certeza ele (responsável pela adulteração) não ingeriu, né? É frio e calculista (P.1).

Apreende-se nos depoimentos a indignação dos participantes com os responsáveis - produtores do leite adulterado e a preocupação com a saúde de crianças e adultos que consomem o produto.

As profissionais de enfermagem, enquanto mães e atentas à alimentação e nutrição dos seus filhos sentem-se enganadas, pois oferecem aos seus filhos e consomem o leite para a promoção da saúde. Todavia, contraditoriamente à intenção, o produto pode ocasionar malefícios à própria saúde e a das crianças, visto que os componentes químicos adicionados ao leite podem causar efeitos danosos ao organismo, principalmente ao das crianças.

Ainda, os depoentes questionam e apontam enfaticamente a ambição dos proprietários das cooperativas, produtoras do leite adulterado, por dinheiro. Ganância esta, motivada por interesses individualistas, em prol de interesses econômicos e de benefício particular de poucos, sem importar-se com o outro, com milhares de pessoas que consomem o produto.

Até aonde chega a ganância do ser humano, né? (P.1)

Olha a irresponsabilidade de uma pessoa por ganância pelo dinheiro. Ele (químico responsável pela adulteração) colocou em risco a vida de milhares de pessoas, em benefício dele mesmo. Ele queria ganhar alguma coisa, não se importando com milhares de pessoas que iriam consumir aquele produto (leite) (P.4).

Então, já há uma ganância, assim né? Uma minoria querendo se beneficiar, não pensando no futuro das próximas gerações, né? No futuro do planeta. Colocando em risco assim todo o planeta, todo o mundo, pensando só em si, só na ganância, na busca pelo dinheiro, pelo poder, pensando só no imediato, não pensando no futuro, não se preocupando com as pessoas (P.4).

Boff (2002) assinala sobre o descuido e o descaso com os seres humanos, com a moral da vida pública. Situação esta que, conforme o autor, é marcada pela corrupção de valores, interesses econômicos e financeiros. Relaciona-se a afirmativa à condição exposta em relação ao interesse individual ou de poucos e a ganância por dinheiro e riqueza apresentado no caso do leite adulterado.

Precisa-se de um cuidado global e coletivo, que contemple o eu, mas também o outro e o nós, permeando os múltiplos ambientes co-habitados pelos seres. Assim, elucidando exemplos de cuidado coletivo e a integração com a natureza, valorizando-a para o benefício mútuo, os profissionais utilizam a consciência das tribos indígenas, como apontam as falas:

Numa aldeia [...] os índios se relacionam [...] vivem na natureza, e, é um equilíbrio. Ele tira da natureza pra sobreviver da natureza e nem por isso destrói, né? E eles vivem em harmonia... (P.6).

Eles só tiram realmente o que eles precisam, o que eles necessitam, o contrário do que acontece hoje, né? (P.4).

As pessoas precisam inserir educação e reflexão em suas vidas, no que tange à multiplicidade e complexidade dos sistemas, os quais interdependem. Segundo Morin (1996) não existe receita ou chave para comandar a relação ecológica. Para pensar a complexidade das relações do universo precisa-se considerar, conjuntamente, o certo e o incerto, o lógico e o contraditório, a ordem e a desordem, com as incertezas e certezas que permeiam todo o processo. Não existe um pleno equilíbrio, é preciso também o desequilíbrio para organizar o movimento das coisas. Porém, as pessoas precisam ter consciência de si, do que está a sua volta e da interdependência das relações de si com o mundo para que enquanto sociedade humana, dada a sua cultura, desenvolva ações de cuidado de si, do outro, “do nós” – do planeta que co-habita.

Corroborar-se com Boff (2002, p.134) quando diz que “para cuidar do planeta precisamos todos passar por uma alfabetização ecológica e rever nossos hábitos de consumo. Importa desenvolver uma ética do cuidado”.

Ao término desta oficina a avaliação dialógica da prática reflexiva, pelos participantes, motivou o diálogo coletivo sobre as relações de cuidado e incitou o pensar sobre as ações de caráter individual/coletivo como seres humanos, profissionais, de comunhão, de trocas, de cuidado, como anunciam as falas:

Eu começo a refletir como estão as minhas atitudes hoje; o que eu consegui, assim, captar um pouquinho de cada um [...]. Como eu vou reagir? Como eu posso reagir? Como profissional e como pessoa? Se eu cuido, eu tenho que cuidar das minhas relações também. Bacana isso (P5).

Encaixar o planeta na frase da responsabilidade social... A responsabilidade é do indivíduo, do que é de todos (P.9).

Pensando o que será do planeta? O que vai acontecer? Se preocupando com o nós mesmo, assim, né. O que a gente faz pra isso? (P.4).

Considerando as reflexões e preocupações dos participantes, cabe informar, a partir da pesquisa realizada por Camponogara, Kirchhof e Ramos (2006) nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF no período de 1993 a 2004 que, os Estados Unidos da América (EUA) e o Brasil possuem o maior número de publicações científicas sobre enfermagem e ecologia, com 43.4% e 26% do total, respectivamente. Em seguida aparece Austrália responsável por 10.9% e a Espanha por 6.5% das publicações.

Quanto à produção de teses e dissertações brasileiras, 18 foram os resumos capturados do Portal Capes pertinentes ao tema enfermagem e ecologia, sendo 10 (55.5%) de dissertações e 8 (44.5%) de teses. Os estudos são, em sua totalidade, oriundos da área pública. A Universidade Federal de Santa Catarina é responsável por (44.4%), da produção, seguida da Universidade de São Paulo com (27.7%) (CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2006).

Quantitativamente a produção da enfermagem brasileira é pequena, se comparado aos índices gerais, contudo salienta-se a importante contribuição dos pesquisadores que estudam e contribuem com a temática, considerada importante pelos profissionais de enfermagem, neste estudo.

A atuação dos profissionais de enfermagem, como coadjuvantes do cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente, é necessária e importante no processo de viver e ser saudável, e para a sustentabilidade do planeta. Salienta-se ser fundamental a participação e preocupação dos atores sociais e pesquisadores em enfermagem e saúde no que tange o cuidado em sua dimensão ecológico-planetária e coletiva.

Boff (2002; 2003) expõe três grandes problemas mundiais e planetários e que considera urgente a intervenção, são eles: a crise social, a crise do sistema do trabalho e a crise ecológica. Importa reconhecer que o desenvolvimento tecnocientífico trouxe inúmeras comodidades e melhorias para a sociedade sejam na saúde, na habitação, no transporte, na comunicação, etc. Em contrapartida, para o alcance desse desenvolvimento o homem apropriou-se de ações antiecológicas, sem considerar a autonomia e a alteridade dos sistemas da própria natureza, tampouco com a sua necessidade de relação/interdependência com a natureza.

Diante destes problemas, salienta-se que a responsabilidade pelo cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente é “do nós”, da coletividade, sendo esta uma responsabilidade social com outras pessoas, com o próprio planeta e consigo mesmo. Se não houver preocupação e reflexão associada à ação, absolutamente não ocorrerão mudanças positivas e significativas em prol do planeta, do ambiente e da coletividade. Questões como “*o que será do planeta? o que vai acontecer?*” (P.4) terão respostas cada vez mais subjetivas se a responsabilidade não for assumida por todos os seres sociais que interdependem do ambiente para a sua sobrevivência.

Conforme Boff (2002), o ser humano precisa conhecer o global e o local e sentir-se responsável pelo cuidado do ecossistema para desenvolver o cuidado planetário.

Este estudo aponta para a necessidade de pensar e (re)pensar as práticas individuais cotidianas consigo, com os outros e com o coletivo – com o nós, considerando que a conduta de cada um condiciona a conduta de muitos outros e reflete nas ações e atitudes da coletividade. A sociedade representa cada um e cada um é responsável por toda uma sociedade, em seus múltiplos aspectos (sociais, culturais, ambientais, educacionais, religiosos, etc.). Por isso, cada um, cada sociedade é responsável pelo cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente – do planeta terra – “do nós”. Cuidar do planeta é cuidar do que é coletivo. Preservar o

que se tem de natural no ambiente em que se vive representa o cuidado de si, do outro e “do nós”, visto que todos os seres humanos, integram, vivem, compartilham de todo ecossistema natural e dependem dele para a sua sobrevivência.

A enfermagem em seu núcleo de cuidados é diretamente influenciada pelos costumes de uma sociedade e movida pelo fundamento básico da profissão, o cuidado. Todavia, na atualidade urge aos cuidadores – profissionais de enfermagem – atenção para a perspectiva do cuidado em suas dimensões múltiplas, interativas, integrativas e inter-relacionais, visto que o ser humano vivencia uma relação interdependente, ou seja, eu dependo do outro para o meu cuidado; o outro precisa de mim para ser cuidado e mutuamente precisamos uns dos outros para o cuidado coletivo e multidimensional. E, da mesma forma, o cuidado do ecossistema natural não deixa de ser um cuidado de enfermagem, que cuida de si, do outro e “do nós”, preocupando-se e preservando a vida do homem e da natureza.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões emergidas das oficinas dizem respeito à realidade dos participantes e ao cotidiano das relações de cuidado nos diversos âmbitos que estas ocorrem, extrapolando os limites espaciais onde vivem estes sujeitos e abrangendo a complexidade que interliga as diversas dimensões de cuidado.

Os participantes denotam no movimento dialógico a impossibilidade de separar o “eu – ser humano” do “eu – profissional”. Entende-se que ambos, pessoal e profissional são inerentes a um único ser, indivisível, insubstituível seja na vida privada, seja na vida pública.

Em relação ao “eu – profissional” emerge dos dados o estado de robô do profissional nas dimensões do trabalho em enfermagem, do cuidado de si e do outro. Na dimensão do trabalho em enfermagem, este é considerado pelos profissionais como uma tarefa robotizada, comparada a uma máquina, quando relacionado às atividades tecnicistas; na dimensão do cuidado de si - da máquina humana, manifesta-se o descaso com o próprio cuidado, quando equiparado a uma máquina que não é assistida por revisão periódica e que recorre à assistência (ao cuidado) apenas na presença de um problema; na dimensão de cuidado do outro a capacidade de empatia e sensibilização com a dor do outro são imperativos para o cuidado humano, sendo impossível cuidar do outro como uma máquina, sem sentimentos ou emoções. Contudo, na morte, o profissional aciona mecanismos de defesa individual para defender-se da dor e do sofrimento advindos da perda.

O estudo desvela o cuidado de si – ser humano/profissional na dimensão de cuidado espiritual, biológico, físico, estético, amoroso, social, cognitivo. Conforme o pensamento complexo são dimensões múltiplas e interligadas, concebidas nas suas especificidades, e que determinam o tipo de relação estabelecida seja consigo, com o outro e com o nós no sentido amplo e coletivo.

O serviço/sistema de saúde é qualificado como ruim para atender as necessidades de cuidado à saúde. Pertencentes ao sistema/serviço de saúde, os profissionais utilizam-se do conhecimento obtido na formação e na atuação para a resolução de condições de déficit de saúde individual, facilitado pelas interações e inter-relações estabelecidas no e através do sistema/serviço de saúde. Contudo, os profissionais não vêem a necessidade de investigação, como na condição de paciente/cliente, e sim, se percebem como co-participes no próprio diagnóstico e tratamento, que é conduzido aos pares, pelo “eu – profissional” e pelo colega de sua relação.

A formação acadêmica e o exercício profissional na área da saúde condicionam a uma vida mais saudável, porém na manifestação clínica de doença o profissional da saúde não se exaspera tão facilmente quanto o leigo, recorrendo a condições minimizadoras e paliativas da clínica apresentada. Contudo, por alguns, a esta conduta é considerada um descuido, visto que a condição aparentemente sem importância pode agravar-se devido à negligência do profissional na busca do recurso adequado.

Embora desempenhem sua prática laboral em ambiente destinado à promoção da saúde e tratamento de doenças, denotam pouco cuidado consigo no que diz respeito à prevenção, ficando este cuidado postergado, mesmo atuando em seu cotidiano em prol do cuidado do outro.

Na relação de cuidado com o outro – cliente há grande preocupação dos profissionais de enfermagem em se colocar no lugar do outro, isto inclui oferecer ações profissionais qualificadas e atitudes estritamente humanas. O cuidado profissional especializado e qualificado é fundamental para assegurar ao outro a reabilitação e a promoção da sua saúde. Contudo, nenhuma ação, por mais qualificada tecnicamente irá substituir a ação humana. Para oferecer a atenção e a escuta não é necessário ser um excelente profissional, basta ser humano.

Na inter-relação com o outro – colega importa que esta processe o cuidado, a consideração pelo outro, tendo a capacidade de empatia, permeada de atitudes e manifestação de gentilezas na relação com o outro. As atitudes solidárias aproximam as pessoas e facilitam a inter-relação. A convivência diária e prolongada no ambiente laboral, junto aos colegas, possibilita a interação e a integração entre estes promovendo a formação de vínculo afetivo.

O conviver e o partilhar sentimentos, experiências e conquistas fortalece os laços de amizade e solidariedade entre os profissionais e suscita sentimentos normalmente voltados para pessoas muito queridas – os familiares. O acolhimento do/pelo outro-colega promove a relação profissional à relação interfamiliar, ultrapassando o espaço institucional.

Ainda assim, alguns profissionais de enfermagem na relação com o outro-colega demonstram envolvimento superficial, manifestando atitudes de impessoalidade em resposta ao também impessoal e fragmentado envolvimento do outro-colega ser de relação. Os profissionais, colegas e seres de relação, transformam as relações que poderiam ser de solidariedade, de sensibilidade, de preocupação com o outro, em relações distantes, puramente profissionais, técnicas e de cumprimento de tarefas.

O estudo também revela o cuidado invisível, que se refere ao cuidado silencioso, espontâneo, voluntário, não explícito, evidente ou visível, que não é percebido pelo outro. O cuidado invisível é sentido quando o profissional de enfermagem percebe-se, enquanto ser humano e profissional, invisível e desvalorizado na percepção do outro ser.

O pensar e refletir criticamente o contexto em que se vive e as relações que se estabelecem entre os diferentes sujeitos de interação, conduz os participantes deste estudo a verem-se desvalorizados na percepção do outro, enquanto agentes de cuidado, vivenciando e compartilhando da pouca visibilidade diante da desvalorização do seu trabalho tanto em nível público quanto em nível privado.

O cuidado de si junto com o outro ocorre a partir da integração e do sentimento de cuidado que se processa na relação com outros seres. O cuidado de si remete ao cuidado do outro, pelas trocas que proporciona. Cuidar de si mesmo, se for um desejo do outro esse cuidado é também um cuidado desse outro ao atender suas expectativas.

O cuidado “do nós” é designado como responsabilidade coletiva, considerando-se que a pronúncia “do nós” denota que o eu e o(s) outro(s) são responsáveis e responsabilizados individual, coletivamente e proporcionalmente por algo comum. Todavia, nem sempre o ser que exprime em seu discurso o nós está se incluindo e responsabilizando-se pelo exposto.

Entender o processo de cuidado, as relações entre os seres humanos e os movimentos intrínsecos e extrínsecos que ocorrem a partir da relação de si com o

outro e a promoção do cuidado “do nós” é imperativo para a construção de relações de cuidado mais saudáveis. A partir dessa premissa, questiona-se: pensar o nós seria o caminho para a convivência coletiva mais saudável entre os seres humanos e para as relações de cuidado mais harmônicas entre esses e o ecossistema?

Destaca-se a preocupação com o cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente, com atos e fatos locais que repercutem globalmente. Assim, a atitude de cada um é imprescindível para a prevenção de moléstias e promoção da saúde na esfera individual e coletiva. Urge o cuidado quanto à preservação do ambiente natural, a promoção da saúde humana vislumbrando o cuidado individual e coletivo e o cuidado do planeta.

Foi desafiador explorar as múltiplas e complexas relações de cuidado. O cuidado “do nós” é um tema ainda pouco abordado em enfermagem, por isso o momento de sua abordagem foi intrincado e interposto por vários momentos de silêncio profundo pelos participantes. Contudo, o cuidado “do nós” impele a preocupação com o coletivo e remete à compreensão dos fenômenos múltiplos e inesgotáveis do constante movimento entre os seres e estes com o seu ambiente, que modificam, alteram e fazem alterar as redes de relações existentes.

Através deste estudo, constata-se a pertinência do pensamento complexo como ferramenta teórica para aproximar uma compreensão a cerca das relações, interações e associações estabelecidas entre os seres humanos, dos seres com seu ambiente, com sua realidade e consigo mesmo, bem como as influências particulares e recíprocas advindas do viver e do conviver num mundo complexo.

A abertura do diálogo através das oficinas aproximou a compreensão acerca das relações de cuidado, pois permitiu a exposição de idéias e a expressão dos pensamentos, antagônicos e complementares, de cada um e entre todos. Essa abertura promoveu o encorajamento dos sujeitos destas relações para pensar a própria relação consigo mesmos, com os outros e com o mundo e da mesma forma tornou possível a aproximação e compreensão da complexa teia de relações humanas de cuidado.

É imperativo que se estabeleça a dialogicidade nos espaços sociais em enfermagem, entre os sujeitos e também cada um consigo mesmo. Torna-se indispensável o diálogo para promover a abertura de idéias e pensamentos e para a compreensão da nossa realidade complexa, que conseqüentemente pode promover relações humanas saudáveis. Nota-se com esse estudo que é imperativa a

continuidade e ampliação da compreensão acerca das relações de cuidado “do nós” nas múltiplas dimensões em que acontecem.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde — avaliar o quê? **Cad. Saúde Pública**, v.8, n.4, p.361-365. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1992000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 abr. 2008.

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev.latino-am.enfermagem**, v.6, n.2, p.65-72.1998.

ALVIM, A. M; SANTOS, C. O.; TONINI, T. **Cuidando do corpo morto**: um relato de experiência. 2008. Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/corpomorto.doc>. Acesso em: 29 jul. 2008.

AMESTOY, S. C; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, v.19, n.4, p.444-449. 2006.

ANGELIS, R. C. Novos conceitos em nutrição: reflexões a respeito do elo dieta e saúde. **Arq. Gastroenterol.**, v.38, n.4, p.269-271. 2001.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Cuidado Espiritual: espaço para o sagrado. In: SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; KOERICH, Magda Santos (Orgs). **Cuidar – Cuidado**: reflexões contemporâneas. Florianópolis (SC): Papa-Livro, 2008.

BACKES, D. S.; SILVA, D. M.; SIQUEIRA, H. H. et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p.163-170. 2007.

BAGGIO, M. A. **O (des)cuidado de si do profissional de enfermagem**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Humana). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde Humana, Universidade do Contestado, 2004.

_____. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuido de si. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.1, p.67-74. 2008.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.5, p.552-557. 2008.

BECKER, S. G. **Cuidar de si, cuidando do outro, Ampliando a consciência do eu**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 8. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

_____. **Ethos Mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro (RJ): Sextante, 2003.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.355-365. 1998.

BRASIL. Decreto no 4.074, de 4 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a

classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Brasília.

BRAZ, A. L. N. Reflexões sobre as origens do amor no ser humano. **Psicol. Am. Lat.**, n.5. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100006&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 10 ago. 2008.

CAMPONOGARA, S.; KIRCHHOF, A. L. C.; RAMOS, F. R. S. A relação enfermagem e ecologia: abordagens e perspectivas. **R Enferm UERJ**, v.14, n.3, p.398-404. 2006.

CARSON, Rachel. Primavera Silenciosa. Editora Pórtico, 1962.

CASTANHA, M. L. **A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.

CECAGNO, D.; GALLO, C. M. C.; CECAGNO S. et al. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.7, n.2, p.54-59. 2002.

CELICH, K. L. S.; CROSSETTI, M. G. O. Estar com o cuidador: dimensão do processo de cuidar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.25, n.3, p.377-385. 2004.

CEZAR-VAZ, M. R.; MUCCILLO-BAISCH, A. L.; SOARES, J. F. S. et al. Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.3, p.418-425. 2007.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, M. C. F.; MARTINS, S. R. et al. SABER AMBIENTAL - instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.391-397. 2005.

COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 22 ago. 2008.

COSTA, A. L. R. C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação Interinstitucional Universidade Federal de Santa Catarina - Universidade Federal do Mato Grosso, 1998.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Unifra, 2001.

COTA, R. P.; MIRANDA, L. S. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. **Rev Bras Nutr Clin.**, v.21, n.4, p.296-301. 2006. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-4_07.pdf>. Acesso em: 02 set. 2008.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: nutrição clínica do adulto**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

DAL PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.1, p.82-87. 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampliada. São Paulo (SP): Cortez-Oboré, 1992.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.517-525. 2006.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M.; BACKES, D. S. et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p.180-185. 2007.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L.; ALBERGARIA, A. K. et al. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.2, p.199-206. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2007.

FOLHA online. **Cooperativa confirma uso de soda cáustica em leite, diz PF.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u339290.shtml>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

G1. **Brasil enfrenta epidemia de dengue, afirma ministro.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL151037-5598,00-BRASIL+ENFRENTA+EPIDEMIA+DE+DENGUE+AFIRMA+MINISTRO.html>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

_____. **Químico suspeito de inventar fórmula para adulterar leite está preso.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL156299-5598,00-QUIMICO+SUSPEITO+DE+INVENTAR+FORMULA+PARA+ADULTERAR+LEITE+ESTA+PRESO.html>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

GALASTRO, E. P.; FONSECA, R. M. G. S. A identidade masculina e feminina na visão dos profissionais de saúde de um serviço de saúde reprodutiva. **Rev. Min. Enferm.**, v.10, n.1, p.37-40. 2006.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador.** 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.2, p.178-185. 2008.

GOMES, M. A; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.357-363. 2005.

GOMES, L. G. N.; JÚNIOR, N. S.. Sobre a amizade em tempos de solidão. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.2, p.57-64. 2007.

HALAL, I. S.; SPARREBERGER, F.; BERTONI, A. M. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.131-136. 1994.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO - UFSC. **Enfermagem Hospital Universitário**. 2008. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso em: 15 out. 2008.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.1, p.63-73. 2008.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.2, p.192-198. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a02.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2008.

LEIS, H. R.; ASSMANN, S. J. **Críticas minimalistas**. Florianópolis (SC): Insular, 2007.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.41-46. 1991.

LUNARDI V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SILVEIRA, R. S. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.6, p.933-939. 2004.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O trabalho do enfermeiro no processo de viver e ser saudável. **Texto Contexto Enf.**, v.8, n.1, p.13-30. 1999.

MAGALHÃES, A. C. P.; YAMANAKA, S. M.; SOUZA, L. H. et al. Prevalência e fatores de risco para constipação intestinal em estudantes universitários. **Nutr Pauta**, v.56, p.13-17. 2002.

MARTON, S. O mal, o bem e a gente. **Revista Cláudia**, v.9, n.47, p.53-56. 2008. Entrevista concedida a Revista Cláudia.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M.. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.4, p.571-577. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2008.

MATOS, E.; PIRES, D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.1, p.187-205. 2002.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.3, p.411-418. 2005.

MEIRELLES, L. C. **Controle de agrotóxicos: estudo de caso do Estado do Rio de Janeiro, 1985/ 1995**. Dissertação (Mestrado). Programas de Pós-Graduação de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. Equipe de enfermagem: experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.4, p.325-334. 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília (DF), 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Serviços de Saúde. Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Farmacovigilância. Hospitais Sentinelas. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/oficinas/mapa/index.htm>>. Acesso em: 15 out. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Resolução nº. 196**. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.7, n.1, p.55-65. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13449.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2006a.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2006b.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2000.

_____. **O método 4: As idéias.** Porto Alegre (RS): Sulina, 1998.

_____. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 1996.

MORIN, E.; KERN, A. B. **Terra-Pátria.** 5. ed. Porto-Alegre (RS): Sulina, 2005.

MOTTA, F. C. P.; ALCADIPANI, R. Jeitinho brasileiro: controle social e competição. **Revista de Administração de Empresas**, v.39, n.1, p.6-12. 1999. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/artigos/87.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2009.

NETTO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S. Considerações sobre o processo de construção da Identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.1, p.50-57. 2004.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.2, p.204-211. 2004.

O GLOBO. **PF prende 27 pessoas em operação de combate a leite adulterado.** Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/mat/2007/10/22/315721725.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

_____. **Anvisa fará testes e anunciará resultado semana que vem.** Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/mat/2007/10/24/326893809.asp>>. Acesso em 10 nov. 2007.

O TEMPO. **Soda cáustica e água oxigenada no leite: PF prendeu 27 pessoas em Passos e Uberaba ligadas a cooperativas que adulteravam leite.** Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/otempo/noticias/?IdNoticia=60005>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

OLINISKI, S.R. **A relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho:** um enfoque nas interações humanas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, 2006.

OLINISKI, S.R.; LACERDA, M. R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.1, p.100-104. 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, v.14, n.2, p.292-300. 2006.

PENA-VEGA, A. **O despertar ecológico:** Edgar Morin e a ecologia complexa. Tradução: Renato Carvalheira do Nascimento e Elimar Pinheiro do Nascimento. Rio de Janeiro (RJ): Garamond, 2005.

PEREZ, L. F. Antropologia das efervescências coletivas. In: PASSOS, Mauro. (Org.). **A Festa na vida:** significado e imagens. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** 4. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

PLANETA ORGÂNICO. **Agrotóxicos.** Disponível em: <<http://www.planetaorganico.com.br/agrothist1.htm>>. Acesso em: 06 out 2008.

POLETTTO, D. S. **Integratividade: uma nova visão sobre as relações de liderança na enfermagem.** 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *burnout*.** 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.27-34. 2003.

RIBEIRO, M. C.; BARALDI, S.; SILVA, M. J. P. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte". **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.2, p.117-123. 1998.

RIVERO, D. E.; ERDMANN, A. L. O poder do cuidado humano amoroso na enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.4, p.618-625. 2007.

ROESE, A.; SOUZA, A. C.; PORTO, G. B. et al. A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.26, n.3, p.302-307. 2005.

SALVO, V. L. M. A. Novos Hábitos Alimentares. **Revista Nutrição em Pauta**. ano XVI, n. 90. 2008. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=676>. Acesso em: 02 set. 2008.

SAMPAIO, T. M. V. Tecendo cultura com mediações que unem corpo, saúde e lazer. **Movimento**, v.12, n.3, p.73-96. 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2910/1546>>. Acesso em 02 set. 2008.

SANTOS JÚNIOR, J. C. M. Constipação Intestinal. **Rev bras Coloproct.**, v.25, n.1, p.79-93. 2005. Disponível em: <http://sbcp.org.br/pdfs/25_1/14.pdf>. Acesso em: 02 set. 2008.

SILVA, A. L.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.4, p.586-595. 2002.

SILVA, J. M.; NOVATO – SILVA, E.; FARIA, H. P. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.891-903. 2005.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. **Rev Esc Enferm USP**, v.36, n.2, p.148-155. 2002.

SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.4, p.499-506. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 08.

SOBRAL, V.; TAVARES, C.; DOS SANTOS, I. et al. Sensibilizando a formação do cuidador. **Enfermería Global**, n.3. 2003. Disponível em: <<http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/631/668>>. Acesso em: 12 set. 2007.

SOUSA, F.G.M.; EDMANN, A.L. A integralidade do cuidado: do Real à Fantasia. In: SOUSA, F.G.M.; KOERICH, M.S (Orgs). **Cuidar – Cuidado: Reflexões contemporâneas**. Florianópolis (SC): Papa Livro, 2008.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.9 n.1, p.79-83. 2004.

TEIXEIRA, E. R.. A questão de *eros* na filosofia do cuidado com o corpo. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.Esp., p.186-192. 2006.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.599-613. 2005.

WALDOW, V.R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.7-10. 1998a.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto, 1998b.

WANNMACHER, L. **Constipação intestinal crônica no adulto e na criança:** quando não se precisa de medicamentos. [Uso racional de medicamentos: temas selecionados] 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constipacao.pdf>>. Acesso em: 02 set. de 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann (orientadora), juntamente com a enfermeira Maria Aparecida Baggio, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo uma prática assistencial intitulada: **Os significados das relações múltiplas de cuidado de si, do outro, “do nós” nas diferentes dimensões para os profissionais de enfermagem.**

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação.

Sua participação ocorrerá por meio da permissão em participar das oficinas propostas em seu ambiente de trabalho, de acordo com o cronograma que estabeleceremos em parceria.

A enfermeira mestranda Maria Aparecida Baggio coloca-se disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 9117 4671, pelo e-mail: mariab@nfr.ufsc.br ou pessoalmente. O material coletado durante as oficinas poderá ser acessado sempre que desejar, mediante solicitação.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Os aspectos éticos relativos ao estudo com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Enfermeira mestranda: _____

Orientadora: _____

APÊNDICE 2

Primeira Oficina

INTERAGINDO EU, VOCÊ, NÓS

- **“Preparando-nos para a oficina”** - A enfermeira mestranda procederá a sua apresentação e explicação dos objetivos da proposta de prática educativa/reflexiva/interpretativa a ser realizada.
- **“Indo ao ponto X”** - Os participantes realizarão as suas apresentações individualmente e emitirão opinião sobre a proposta de prática educativa/reflexiva/interpretativa apresentada. A enfermeira mestranda esclarecerá as dúvidas quanto ao processo e buscará conhecer as expectativas dos participantes quanto à proposta apresentada.
- **“Fechamento”** - Os participantes emitirão, neste momento, o aceite ou não em participar voluntariamente da prática. Os que aceitarem assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido e organizarão o cronograma das oficinas junto com a enfermeira mestranda, de forma participativa.

APÊNDICE 3

Segunda Oficina

REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DE SI DO “EU - SER HUMANO” E DO “EU - PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”

- **“Preparando-nos para a oficina”** - Será utilizada a leitura de texto/artigo para incitar a problematização e reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre o significado do cuidado de si do “eu - ser humano” e do “eu - profissional de enfermagem”.
- **“Indo ao ponto X”** - A mestranda conduzirá o pensar reflexivo pelos profissionais de enfermagem para a compreensão do tema proposto, a partir do pensamento complexo - Teoria da complexidade, buscando relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente os campos: pessoal e profissional do “eu - ser humano” e do “eu – profissional de enfermagem”.
- **“Fechamento”** - Avaliar se o “eu - pessoal” e o “eu – profissional” estão, a partir da reflexão realizada pelos profissionais de enfermagem, relacionados/integrados/interados/associados ou não.

PRINCÍPIO DA INCERTEZA

Edgar Morin^c

QUEM SOU “EU”? “eu” ser humano e/ou “eu” profissional, como me vejo/percebo?

Serei “eu” um pronome indefinido?

EU CUIDO DO “EU”? Se cuido, cuido do “eu” ser humano e/ou do “eu” profissional?

Ainda, se cuido, **COMO “EU” ME CUIDO**, como ser humano e/ou como ser profissional e que significado representa este cuidado?

Somos bombardeados de informações através da gigantesca produção/proliferação de conhecimentos, mas “eu” consigo **INTEGRAR** esses conhecimentos para a condução da minha vida, para o “meu” cuidado?

Nunca se sabe até que ponto “eu” cuido do “eu”, até que ponto “eu” faço um discurso pessoal e autônomo, ou até que ponto, sob a aparência que acredito ser pessoal e autônoma, não faço mais que repetir idéias impressas em mim.

Ou é “isso” mesmo, sou uma máquina anônima infrapessoal, que cuida e me dá a ilusão de que cuida de mim mesmo?

Obrigado a todos pela participação!

Com Carinho,

Enfermeira Mestranda Maria A. Baggio

^c MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2006.

APÊNDICE 4

Terceira Oficina

REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO DO OUTRO PARA O “EU - SER HUMANO” E PARA O “EU - PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”

- **“Preparando-nos para a oficina”** - Será utilizada a leitura de texto/artigo para incitar a problematização e reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre o significado do cuidado do outro para o “eu - ser humano” e para o “eu - profissional de enfermagem”.
- **“Indo ao ponto X”** - A mestrandas conduzirá o pensar reflexivo pelos profissionais de enfermagem para a compreensão do tema proposto, conduzindo o pensar sobre a complexidade das relações humanas no cenário em que elas ocorrem, a partir do resgate das discussões ocorridas na oficina anterior e das discussões que se sucedem.
- **“Fechamento”** - Para o fechamento da oficina, buscar-se-á relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente as diferentes dimensões de cuidado que ocorrem a partir das relações humanas.

PRINCÍPIO DA INCERTEZA

Edgar Morin¹

QUEM É O “OUTRO”?

Será o “outro” um pronome indefinido?

Será o “outro” Meu colega? Meu familiar? Meu/Minha amigo(a)? Meu/Minha filho(a)? Meu/Minha esposo(a)/namorado(a)/noivo/(a)?... outro(s) sujeito(s) das minhas relações?

EU CUIDO DO “OUTRO”? Se cuido, como “eu” estou cuidando do “outro”?

Ainda, se cuido, **ESTOU CUIDANDO COMO** ser humano e/ou como ser profissional e que significado representa este cuidado?

E, repito, somos bombardeados de informações através da gigantesca produção/proliferação de conhecimentos, mas “eu” consigo **INTEGRAR** esses conhecimentos para o “**meu**” cuidado e cuidado do “outro”?

Nunca se sabe até que ponto **estou cuidando do “eu” e do “outro”**, até que ponto “eu” faço um discurso pessoal e autônomo, ou até que ponto, sob a aparência que acredito ser pessoal e autônoma, não faço mais que repetir idéias impressas em mim.

Seria eu uma máquina anônima infrapessoal, que discursa o cuidar/cuidando na **ilusão** de que cuida de mim mesmo e do “outro”?

Mais uma vez, obrigado a todos pela participação!

Com Carinho,

Maria Aparecida Baggio

¹ MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2006.

APÊNDICE 5

Quarta Oficina

REFLETINDO O SIGNIFICADO DO CUIDADO “DO NÓS” PARA O “EU - SER HUMANO” E PARA O “EU - PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM”

- **“Preparando-nos para a oficina”** - Será utilizada a leitura de texto/artigo para incitar a problematização e reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre o significado do cuidado “do nós” para o “eu - ser humano” e para o “eu - profissional de enfermagem”.
- **“Indo ao ponto X”** - A mestranda conduzirá o pensar reflexivo pelos profissionais de enfermagem para a compreensão do tema proposto, conduzindo o pensar sobre a complexidade das relações humanas no cenário em que elas ocorrem, a partir do resgate das discussões ocorridas nas oficinas anteriores e das discussões que se sucedem.
- **“Fechamento”** - Para o fechamento da oficina, buscar-se-á relacionar/integrar/interar/associar reflexivamente as diferentes dimensões de cuidado que ocorrem a partir das relações humanas.

PRINCÍPIO DA INCERTEZA

Edgar Morin¹

QUEM É O “NÓS”?

Será o “nós” um pronome indefinido?

O QUE É O CUIDADO DO “NÓS”?

COMO OCORRE O CUIDADO “DO NÓS”?

ESTOU CUIDANDO “DO NÓS”? se cuido, como **“SINTO”** este cuidado se processar? Que significado representa o cuidado do “nós”?

Ainda, reafirmo, somos bombardeados de informações através da gigantesca produção/proliferação de conhecimentos, mas “eu” consigo **INTEGRAR** esses conhecimentos para “meu” cuidado, cuidado do “outro” e também para o cuidado do “nós”?

Até que ponto “eu” estou cuidando do “eu”, do “outro” e “do nós”?

Que discurso (pessoal e autônomo) “eu” tenho hoje com as oficinas educativas/reflexivas realizadas?

Obrigado a todos pela participação!

Com Carinho,

Enfermeira Mestranda Maria A. Baggio

¹ MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2006.

APÊNDICE 6

Quinta Oficina

REFLETINDO E (RE)CONSTRUINDO OS SIGNIFICADOS DAS RELAÇÕES DO CUIDADO DE SI, DO OUTRO E “DO NÓS” POR MEIO DE DINÂMICA DE GRUPO

- **“Preparando-nos para a oficina”** - Será entregue aos participantes revistas, jornais, tesouras, colas, pincéis, lápis, caneta, papel pardo, etc., para que os mesmos, em grupos, divididos conforme o número de participantes, expressem os significados atribuídos ao cuidado de si, do outro e “do nós” para o “eu - ser humano” e para o “eu - profissional de enfermagem”. O objetivo desta oficina é de incitar a reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre os significados do cuidado na circularidade em que acontecem.
- **“Indo ao ponto X”** - Os profissionais de enfermagem serão convidados a desenhar/pintar/recortar/colar figuras/imagens que representem as discussões até o momento desenvolvidas e buscar-se-á nesta oficina, fazer a co-relação/integração/associação/interação do que já foi discutido até o momento, estimulando, através do pensamento complexo, a circularidade dos significados do cuidar – o cuidado de si, do outro, “do nós”.
- **“Fechamento”** - Para o fechamento da última oficina os profissionais de enfermagem deverão explicar o raciocínio que fizeram/fazem para a compreensão dos significados do cuidar/cuidado e a representatividade dos desenhos/pinturas/recortes construídos; deverão manifestar os significados das relações múltiplas de cuidado por eles construídos, na circularidade do pensamento complexo, culminando ou não no cuidado “do nós”, e, ao final desta oficina, realizarão avaliação da prática educativa/reflexiva/interpretativa realizada.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N° 266/07

I - Identificação:

Título do Projeto: "Os significados das relações múltiplas de cuidado de si, do outro, de nós nas diferentes dimensões para os profissionais de enfermagem"

- Pesquisador Responsável: Alacoque Lorenzini Erdmann

- Pesquisador Principal: Maria Aparecida Baggio

- Data Coleta dados: Início: outubro de 2007 Término previsto: abril de 2008

- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

II - Objetivos:

Objetivos: Compreender como os profissionais de enfermagem experenciam as relações múltiplas de cuidado de si, do outro e de nós, nas suas diferentes dimensões e os significados para eles destas relações experienciadas, desenvolver uma prática reflexiva com profissionais de enfermagem, atuantes no ambiente familiar, sobre a problemática das relações de cuidado de si, do outro, de nós nas diferentes dimensões, elaborar uma estrutura de referência nos fenômenos encontrado e sua contextualização na realidade.

III - Comentário.


Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, tendo em vista que profissional da enfermagem deve buscar a valorização do ser humano, sendo que o ensino da enfermagem articula as diferentes dimensões do cuidado no seu cotidiano. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um TCLE bem elaborado. O projeto, ademais, está em consonância com os demais princípios bioéticos, tais como da beneficência, não-maleficência e justiça.

IV - Parecer final:

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

Aprovado

Data da Reunião: 01 de outubro de 2007.



Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS